



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DOCTORADO EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN SALUD INTERNACIONAL

**RELACIÓN ENTRE EL MODO DE INTERDEPENDENCIA Y LA CALIDAD
DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, DESDE LA
PERSPECTIVA DE ROY, I. O. N. PANAMÁ 2014 - 2016**

SILVIA ROSA CORTÉS ATENCIO
CEDULA 9-106-1170

DICIEMBRE, 2018

**RELACIÓN ENTRE EL MODO DE INTERDEPENDENCIA Y LA CALIDAD DE
VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, DESDE LA PERSPECTIVA DE
ROY EN I. O. N, 2014 – 2016. .**

DIRECTORA DE TESIS

DRA YARIELA GONZÁLEZ ORTEGA

CÓDIGO CERT-DOC 327-12-06-14-04

CO DIRECTORA DEL ÁREA TEMÁTICA
DRA MIRNA MC LAUGHLING

CO DIRECTORA DE APLICACIÓN TEÓRICA
DRA. YOLANDA GONZÁLEZ WILLIAMS

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DOCTORA EN
ENFERMERÍA

COLABORADOR EN EL ÁREA ESTADÍSTICA
MAGISTER. DANIEL SÁNCHEZ

RESUMEN

Presentamos tesis doctoral cuyo propósito es analizar la relación entre el Modo de interdependencia, y la Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, desde la perspectiva del modelo de adaptación de la Dra. Callista Roy.

Metodología: Esta investigación es de tipo descriptiva, Correlacional, transversal, que utilizó una muestra probabilística de 75 mujeres que se atendieron. En el Instituto Oncológico Nacional de Panamá, (ION) en el periodo de diciembre 2015 a mayo 2016

Resultados:

La adaptación de los instrumentos demostraron en el Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer, una validez de contenido de 90 y una confiabilidad de 0,908, carga factorial de 73,674 %, con cinco factores y el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, LTQL, (instrumento de Calidad de Vida en Mujeres Sobrevivientes al Cáncer de Mama) con una validez de contenido de 0,95 y una confiabilidad de 0,808, con una carga factorial de 70,123. % con 10 factores. La muestra reveló una media de 54,7 años.

Se demuestran asociaciones en el Chi cuadrado entre el número de miembros de familia y soporte afectivo equivalente a 0,003 aprobándose el supuesto de Roy, **el sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia.** (Roy, 2009). La asociación entre interacción social del MOS-SSS y soporte afectivo del LTQL revelaron 0,0001. Corroborando el supuesto, **el afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia.** (Roy, 2008).

Conclusión:

Se acepta la hipótesis H_i , existe relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida, al 95 % intervalos de confianza con nivel de significancia 0,05.

Palabras claves: Modo de interdependencia, calidad de vida, mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, modelo de adaptación de Callista Roy.

SUMMARY

We present a doctoral thesis whose purpose is to analyze the relationship between the mode of interdependence, and the quality of life in women survivors of breast cancer, from the perspective of Dr. Callista Roy's adaptation model.

Methodology: This research is descriptive, Correlational, cross-sectional, which used a probabilistic sample of 75 women who attended. At the National Oncological Institute of Panama, (ION) in the period from December 2015 to May 2016

Results:

The adaptation of the instruments demonstrated in the MOS-SSS questionnaire of social support in cancer, a content validity of 90 and a reliability of 0.908, factorial load of 73.674%, with five factors and the quality of life instrument in surviving women. Breast cancer, LTQL, (Quality of Life instrument in Women Survivors of Breast Cancer) with a content validity of 0.95 and a reliability of 0.808, with a factorial load of 70, 123. % with 10 factors. The sample revealed an average of 54, 7 years.

Associations in the Chi-square between the number of family members and affective support equivalent to 0. 003 are proved by approving Roy's assumption, the system of relations includes acceptance, protection, and the promotion of interdependence. (Roy, 2009). The association between social interaction of MOS-SSS and affective support of LTQL revealed 0. 0001. Corroborating the assumption, affection, love and support resources are elements of the mode of interdependence. (Roy, 2008).

Conclusion: The Hi hypothesis is accepted, there is a relationship between the mode of interdependence and the quality of life, at 95% confidence intervals with level of significance 0. 05.

Key words: Mode of interdependence, quality of life, women surviving breast cancer, adaptation model by Callista Roy.

DEDICATORIA

A Dios, ser supremo sobre todas las cosas sin él, reconozco no hubiera logrado esta meta.

A mí querida hija Jhoseline Gisselle Gonzáles Cortés, tesoro de mi vida, gracias por motivarme.

A mi madre Magdalena Atencio Pinzón Q. E. P. D. que aunque presencial no esté, siempre me acompañe, a mi padre José Cortés.

A mis seres queridos abuelos Pedro, María y mi tío Ángel Q. E. P. D, quienes me formaron fuerte y con metas definidas.

A mis hermanas, Dayra, Damaris, Flor Lourdes, Magdalena; sobrinos y cuñados, tíos y primos especialmente, Rodrigo e Ibeth Gutiérrez

A mis amigos por su apoyo espiritual José Luis Gómez, Evaristo Castillo,

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi profundo agradecimiento a la Doctora Yariela González Ortega, mi mentora, por su esfuerzo, dedicación, y gran disponibilidad en el desarrollo de los procesos de la investigación, e inspirándome en la culminación de esta meta, gracias por motivarme a ser perseverante.

Doctora Yolanda González, codirectora del modelo teórico y traductora, gracias por su apoyo incondicional, y espíritu de colaboración

Doctora Mirna McLaughlin codirectora experta en el área temática de oncología, gracias por sus aportes.

Doctora Constance Visovsky, asesora internacional Universidad de South Florida, USF.

A las doctoras Lydia de Isaacs y Diamantina Cleghorn por sus enseñanzas en el doctorado.

A los profesores de estadística Dr. Ricaurter Tuñón y el magíster Daniel Sánchez, quienes colaboraron con el procesamiento de la información, proyectando la investigación cuantitativa con veracidad de hechos planteados, en forma objetiva. Gracias Magíster Francisco López, especialista en español por su apoyo incondicional.

De especial manera a los aplicadores, que colaboraron en la aplicación del instrumento de investigación en el Instituto Oncológico Nacional: magíster Donaji Mojica, Mariano Jaramillo, Licenciado Pedro Franco, y muy especialmente a las pacientes que colaboraron brindando sus respuestas para llevar a efecto esta investigación.

Al cuerpo de docentes del Centro Regional Universitario: CRUA, Magíster Maricel Paniagua, Magíster Janeth Agrazal, Magíster Leonardo Collado Trejos y Magíster Alicia Ramos de Castro, quienes de una u otra manera me motivaron a culminar.

Agradecimientos especiales al Personal de Enfermería y médicos del Instituto Oncológico Nacional, profesionales de la CSS: Magíster Doris Blandón por su apoyo, Doctor Florencio Rujano, Lcda. Estela Montenegro, Magíster Luz Mendieta, Yadir de Sáenz.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Resumen	iii
Abstract	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice General	vii
Índice de Tablas	xi
Índice de Gráficas.....	xv
Índice de Figuras	xvii
Índice de Anexos	xviii
Introducción	xx
 CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL.....	 1
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	16
1.5.1 Generales	16
1.5.2 Específicos	17
1.6 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	17
1.7 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES	17
1.7.1 Definiciones conceptuales.....	17
1.7.2 Definiciones operacionales.....	19
1.7.3 Variables Intervinientes.....	20
1.8 SUPUESTOS- PREMISAS- PREPOSICIONES	21
1.9 HIPÓTESIS DE CORRELACIÓN	21
1.10 MAPA CONCEPTUAL APLICANDO EL MODELO DE ADAPTACIÓN	23

	Página
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	30
2.1 ELEMENTOS IMPORTANTES DEL MARCO CONCEPTUAL	31
2.1.1 Antecedentes del cáncer de mama	31
2.1.2 Anatomía de mamas	33
2.1.3 Factores de Riesgo del cáncer de mama.....	34
2.1.4 Estadios del cáncer de mama	35
2.1.5 El Tratamiento en cáncer de mama	37
2.1.6 Papel que juega la enfermera en la detección y recuperación en el cáncer de mama	38
2.2 MODO DE INTERDEPENDENCIA.....	39
2.2.1 Concepto del modo de interdependencia.....	39
2.2.2 Interdependencia individual	39
2.2.2.1 El aspecto emocional, elemento importante en la Interdependencia individual	40
2.2.3 Interdependencia Grupal	40
2.2.4 La Interdependencia y su influencia en la recuperación de la paciente sobreviviente al cáncer de mama	42
2.2.5 Rol interdependiente de la familia, y su influencia psico social en el cáncer de mama	47
2.2.6 La interdependencia desarrollada a través del apoyo social.....	51
2.3 CALIDAD DE VIDA.....	52
2.3.1 Concepto de calidad de vida.....	52
 CAPÍTULO III. MARCO TEORICO	 61
3.1 MODO DE INTERDEPENDENCIA DE CALLISTA ROY	62
 CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO	 86
4.1 FUNDAMENTO FILOSÓFICO	87
4.1.1 Positivismo	87

	Página
4.1.2 Humanismo	88
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	89
4.3 CORRELACIÓN CANÓNICA	90
4.4 POBLACION	92
4.5 MUESTRA.....	93
4.6 TAMAÑO MUESTRAL.....	93
4.6.1 Criterios de Inclusión	94
4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	94
4.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	97
4.9 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	98
4.9.1 Instrumento N° 1	98
4.9.2 Instrumento N°2	99
4.10 PROCEDIMIENTOS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS EN PANAMÁ.....	101
4.10.1 Instrumento Cuestionario de MOS- SSS de apoyo social en cáncer.....	102
4.11 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	104
4.11.1 Instrumento de Calidad de vida para las sobrevivientes de cáncer a largo plazo LTQL	106
4.11.2 Validez convergente en el medio	108
4.11.3 Validez de contenido	108
4.11.4 Prueba preliminar de ajuste	108
4.12 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ANÁLISIS DE DATOS	109
4.13 MARCO DE ANÁLISIS DE DATOS	109
4.14 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	111
4.14.1 Procedimiento estudiado para la descripción de los datos obtenidos en el instrumento MOS-SSS	111
4.14.2 La función canónica	113
4.15 PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	114

CAPÍTULO V. ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS: CUESTIONARIO	
MOS-SSS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES	
SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA (LTQL)	115
5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES	
SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA	116
5.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO	
MOS-SSS Y DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA EN	
SOBREVIVIENTES AL CÁNCER LTQL	128
5.2.1 Análisis de datos Sociodemográficos	128
5.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD	
DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA	
LTQL EN EL CONTEXTO PANAMEÑO	136
5.3.1 Variables Socio demográficas	136
5.3.2 Fases de validación.....	136
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN.....	144
6.1 DESCRIPTIVOS DEL CUESTIONARIO MOS-SSS.....	145
6.2 DESCRIPTIVOS DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA EN	
MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER LTQL.....	147
6.3 ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LOS	
INSTRUMENTOS ADAPTADOS MOS-SSS Y LTQL	151
6.3.1 Variables socio demográficas y su asociación con los factores del	
instrumento MOS-SSS	151
DISCUSIÓN.....	174
CONCLUSIONES	182
RECOMENDACIONES	186
BIBLIOGRAFÍA.....	187
ANEXOS	199

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla1	Estadística descriptiva de edad en mujeres sobrevivientes al cáncer de Mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016. 116
Tabla 2	Lugar de Procedencia de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016. 117
Tabla 3	Caracterización Demográfica de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016. 118
Tabla4	Caracterización Social de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 mayo 2016. 120
Tabla 5	Variables médicas de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016. 122
Tabla 6	Características de apoyo de recursos económicos en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016. 124
Tabla 7	Percepción de la Condición de salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de Mama Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016. 126
Tabla 8	Relación entre el número de miembros y requieren ayuda las mujeres Sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016. 127
Tabla 9	Análisis Factorial del cuestionario MOS-SSS. Panamá. 129

Tabla 10	Varianza total explicada por dominios del Cuestionario MOS-SSS Panamá.	132
Tabla 11	Confiabilidad Global del cuestionario MOS SSS. Panamá	132
Tabla 12	Valores de confiabilidad por dominios cuestionario MOS-SSS. Panamá	133
Tabla 13	Confiabilidad por ítems del cuestionario MOS-SSS. Panamá	134
Tabla 14	Análisis Factorial del instrumento calidad de vida en sobrevivientes al cáncer (LTQL) Versión adaptada. Junio – Noviembre 2015.	139
Tabla 15.	Dominios del instrumento calidad de vida en sobrevivientes al cáncer (LTQL). Versión adaptada Junio –Noviembre 2015.	141
Tabla 16	Confiabilidad del Instrumento de calidad de vida en Sobrevivientes al Cáncer Versión adaptada. Junio- Noviembre 2015.	142
Tabla 17	Confiabilidad Global del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer. Versión adaptada a la población. Panameña. Junio – Noviembre 2015.	143
Tabla 18	Alfa Estandarizada del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer. Versión adaptada a la población panameña. Junio - Noviembre 2015.	143
Tabla 19	Estadísticos descriptivos de los puntajes de los factores en el cuestionario MOS SSS. Versión adaptada. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016	146
Tabla 20	Distribución Porcentual de las respuestas de las pacientes, por factores. Diciembre 2015 mayo 2016	146
Tabla 21	Descriptivos del instrumento calidad de vida en mujeres Sobrevivientes al Cáncer LTQL Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	147

Tabla 22	Frecuencia del instrumento Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes al Cáncer LTQL Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	148
Tabla 23	Tabla porcentual entre la percepción de la condición de salud y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.	150
Tabla 24	Valor de Chi-cuadrado de la relación de los Dominios MOSS y las Variables socio Demográficas.Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	152
Tabla 25	Valor de Chi-cuadrado de la relación de los Dominios LTQL y las variables socio demográficas.Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	155
Tabla 26	Aspectos positivos del LTQL Adaptado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	156
Tabla 27	Respuestas Positiva de las pacientes ante el instrumento de Calidad de VIDA (LTQL) adaptado. I.O.N., Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.	158
Tabla 28	Aspectos Negativos del LTQL. Adaptado. I.O.N., Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	159
Tabla 29	Aspectos negativos del LTQL adaptado de acuerdo a la calificación de los entrevistados. I.O.N. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.	161
Tabla 30	Resumen de análisis MOS-SSS Y el LTQL Instituto Oncológico Nacional. Diciembre 2015 a mayo 2016.	164

Tabla 31	Ponderaciones canónicas de las Dimensiones MOS-SSS Y el LTQL. Oncológico Nacional. Diciembre.2015 a mayo 2016	165
Tabla 32	Saturaciones en componentes del MOS-SSS Y el LTQL I.O.N.Diciembre2015 a mayo 2016.	166
Tabla 33	Ajuste entre dimensiones MOS-SSS Y el LTQL Instituto Oncológico Nacional diciembre 2015 a mayo 2016.	167
Tabla 34	Correlación entre modo de interdependencia (MOS-SSS) y la variable calidad de vida (LTQL).	169

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1	Lugar de Procedencia de mujeres sobrevivientes al cáncer de Mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.	117
Gráfica 2	Características de apoyo de recursos económicos en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.	124
Gráfica 3	Percepción subjetiva de la condición de salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama Diciembre 2015- Mayo 2016.	126
Gráfica 4	Sedimentación del Análisis factorial del cuestionario MOS-SSS	131
Gráfica 5	Sedimentación del Análisis Factorial del instrumento calidad de vida (LTQL) Versión adaptada.	140
Gráfica 6	Frecuencia del instrumento Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes al cáncer LTQL	149
Gráfica 7	Asociación entre percepción de la condición de salud y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de 137 mama. I.O.N. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016	150
Gráfica 8	Mapa perceptual de la asociación del dominio soporte afectivo mayo 2016	152
Gráfica 9	Mapa perceptual de la asociación de los dominios Interacción Social y Soporte afectivo.	154
Gráfica 10	Aspectos positivos del LTQL Adaptado. Instituto Oncológico Nacional	157
Gráfica 11	Respuestas positivas de las pacientes ante el instrumento de Calidad de Vida.(LTQL)	158
Gráfica 12	Aspectos Negativos del LTQL. Adaptado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	160
Gráfica 13	Aspectos negativos del LTQL, de acuerdo a la calificación de los entrevistadas, I.O.N. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.	161

Gráfica 14	Diagrama de la percepción de las respuestas positivas y negativas de las pacientes con cáncer de mama ante la aplicación del instrumento LTQL.	162
Gráfica 15	Mapa perceptual de las respuestas en aspectos positivos y negativos mediante la aplicación del LTQL, según el estadio de las pacientes.	163
Gráfica 16	Correlación Canónica entre los Dominios LTQL y el MOS-SSS. Instituto Oncológico Nacional. Diciembre.2015 a mayo 2016.	172

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Mortalidad por cáncer de mama registro nacional del cáncer. Panamá 2012- 2016	xx
Figura 2	Registros de los tipos de Cáncer en Panamá, 2013.	5
Figura 3	Registro de casos en cáncer de mama, Instituto Oncológico Nacional, Panamá 2011-2015	5
Figura 4	Mapa conceptual de la Relación del Modo de Interdependencia y la Calidad de Vida	27
Figura 5	Diseño de la relación entre variables:	92
Figura 6	Representación gráfica de la correlación canónica	92
Figura 7	Nivel de medición y Descripción de las variables del estudio	110
Figura 8	Nivel de medición de variables descriptivas: socio demográficas	110
Figura 9	Validez Facial del MOS-SSS, Panamá.	129
Figura 10	Validez facial instrumento LTQL Versión adaptada a la población panameña	138

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Cronograma	191
Anexo 2	Presupuesto	192
Anexo 3	Tumor Maligno de la Mama en la República de Panamá, según años 2000-2010 Mortalidad del Cáncer	193
Anexo 4	Mortalidad del Cáncer	194
Anexo 5	Tasa de incidencia y mortalidad por tumor Maligno de Mama femenina en la República de Panamá, 2010.	195
Anexo 6	Tasa de Incidencia y Mortalidad por cáncer de mama por provincia y Comarca. Rep. de Panamá, 2010.	196
Anexo 7a	Certificación de aprobación de anteproyecto	197
Anexo 7b	Certificación de aprobación de anteproyecto VIP	198
Anexo 8	Autorización de utilización del LTQL por autor	199
Anexo 9	Instrumentos originales calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer de mama (LTQL)	200
Anexo 10	Traducción del Instrumento: The Long-Term Quality of LIFE Instrument for Female Cancer Survivors.	201
Anexo 11	Instrumento original del Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en Cáncer	203
Anexo 12	Cuestionario MOS-SSS de apoyo Social en cáncer (Modo de interdependencia)	204
Anexo 13	Formato de validación del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama	205
Anexo 14	Consentimiento Informado	207
Anexo 15	Encuesta Variables Sociodemográficos	209
Anexo 16	Adecuación del instrumento de calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer (LTQL) en el contexto panameño	210

Anexo 17	Instrumento de Calidad de Vida en Pacientes sobrevivientes al cáncer (LTQL) versión adaptada en el contexto panameño	211
Anexo 18	Instrumento de Calidad de Vida en Pacientes sobrevivientes al cáncer (LTQL) versión adaptada en el contexto panameño. Versión original Doctores Went Wyatt y Lawrie Freedman 1996.	212
Anexo 19	Solicitud de Permiso de autorización del instituto Oncológico Nacional	213
Anexo 20	Permiso Institucional I.O.N Panamá	214
Anexo 21	Solicitud de pasantía	215
Anexo 22	Evidencia de pasantía para análisis estadístico en investigación oncológica	216
Anexo 23	Evidencia de buenas prácticas en investigación	217
Anexo 24	Propuesta: Planeamiento de cuidados en etapa de rehabilitación para mujeres sobrevivientes al cáncer mama.	218

INTRODUCCIÓN

La investigación a desarrollar tiene como objetivo, analizar la relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, siendo fundamental asistirse de elementos teóricos y bibliográficos que estén interrelacionados con los hallazgos propios de una investigación cuantitativa, dentro de una corriente filosófica positivista.

Esta investigación emerge en consideración a que en los últimos años, la salud de la mujer panameña evidencia aumento de la incidencia y mortalidad por cáncer de mama, limitando su rol social, además de considerar que la población femenina juega importante rol del núcleo familiar, siendo determinante aportar en la rama oncológica, si son detectados elementos que evidencien la calidad de vida, durante su sobrevivencia.

Partiendo de estas generalidades es importante ilustrar sobre la mortalidad del cáncer de mama en Panamá así tenemos que la Contraloría General de la república de Panamá presenta mortalidad progresiva del cáncer de mama.

Figura 1. Mortalidad por cáncer de mama registro nacional del cáncer. Panamá. 2012- 2016

Año	2012	2013	2014	2015	2016
Cantidad	204	217	216	217	233

Fuente: Base de datos departamento de registros y estadísticas. MINSA (2016)

Ciertamente existen referencias de los esfuerzos por mejoras en oncología, lideradas por el Instituto Oncológico Nacional de Panamá, y otros líderes en provincias centrales, mediante estrategias de detección, sin embargo falta mucho por hacer para contribuir a elevar estadísticas de sobrevivencia de la mujer que ha desarrollado cáncer de mama.

De igual manera existen otros aspectos que al manejarse, y ser llevados a la praxis, influyen positivamente para afrontar la enfermedad tales como: la afectividad, la interacción, la fe en la interacción con Dios, el amor de familia, la relación afectiva, la interacción social entre otros, y que están representados en el modo de interdependencia de la Doctora Callista Roy, y que sería un aporte científico determinar la relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama al final de tratamientos.

Para dar inicio al desarrollo de la investigación en primera instancia es necesario probar la validez y confiabilidad de instrumentos en el país en el cual será desarrollada la investigación, para tal efecto deben tener una carga factorial de muy buena a excelente que pruebe la validez del constructo, y una confiabilidad con el alfa de Cronbach lo más proximal a 1.

En la investigación a desarrollar se emplearan dos instrumentos MOS-SSS de apoyo social en cáncer para medir el Modo de Interdependencia adaptado de las doctoras Gil, Requena y Salamero, 2007, autores del MOS adaptado con conocimiento, el mismo ha sido aplicado en varios países de habla hispano, cuyos autores originales son Sherbourne y Steward 1991, y el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, (LTQL) para medir la calidad de vida, cuenta permiso de autores originales Doctores Wyatt Went y Lawrie Friedman, 1991. , versión en inglés.

Una vez adaptados en el contexto panameño se procede a la aplicación a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, a fin de medir la asociación entre las variables modo de interdependencia y la Calidad de vida, con una muestra al azar, con la fórmula canónica de

la relación 5:1 tomando de referencia el MOS- SSS de apoyo social en cáncer 20 ítems, a fin de relacionar las variables modo de interdependencia y calidad de vida.

El desarrollo de esta investigación está enmarcada en los siguientes capítulos

Capítulo 1 Marco conceptual: Incluye antecedentes del panorama general del cáncer de mama a nivel mundial y de país; Descripción del problema, Delimitación del problema justificación, objetivos, conceptos, hipótesis, supuestos del modelo de adaptación, y esquema conceptual que dirige la aplicación del modelo de adaptación durante la ejecución de la investigación; como es observable está conformado por elementos sensitivos que dirigen la investigación sobre el porqué se realiza.

Capítulo II Marco de Referencia contempla las fuentes bibliográficas que sustenta la fundamentación científica, que permiten ilustrar sobre el contexto de las variables a través de fuentes fidedignas.

Capítulo III Marco teórico Presenta los supuestos del modelo de adaptación relacionados con la investigación los cuales serán probados a través de estadísticos propios de la correlación canónica o inferencial. . .

Capítulo IV Diseño metodológico presenta corriente filosófica, correlación canónica, el diseño metodológico, tipo de estudio, correlacional, población, y tamaño muestral, consideraciones éticas, cuadro de relación de variables y cuadro de nivel de medición de variables.

Capítulo V presentación de datos, presenta las tablas de variables sociodemográficas y médicas, la validez y confiabilidad de instrumentos, todos los datos responden a los objetivos específicos que dan dirección a la investigación.

Capítulo VI Análisis de Datos Importante señalar que los resultados de la relación fue representado en el mapa perceptual que representa el análisis inherente a una muestra canónica, demostrándose que aun nivel de significancia de 0,05 al 95 % de intervalos de confianza que se acepta la hipótesis: H_1 existe relación entre las variables modo de interdependencia y la calidad de vida con el Chi cuadrado de Pearson.

Se presentan mapas perceptuales basado en la correlación canónica, destacándose la importancia de la interacción social y el soporte efectivo en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

Finalmente, se presentan conclusiones y recomendaciones cónsonas con objetivos, las cuales pueden ser consideradas para mejoras en el cuidado continuo de mujeres que sufran el flagelo del cáncer de mama, esperamos llenar las expectativas investigativas.

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Bray, McCarron &, Parkin. (2004) señalan la realidad de cómo el cáncer de mama está afectando a la humanidad de una manera significativa, considerando que las mujeres son fuerza pujante para el crecimiento demográfico de los países. De igual forma, afirman que la frecuencia más alta en relación a los cánceres en la mujer está en Norte América y Europa, y la frecuencia más baja aparecen en los países de Asia y África.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012): hacen referencia que más de 408, 000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas y 92, 000 fallecieron. Se estima que si se mantienen las tendencias actuales, para 2030 aumentará en un 46% en la Región de las Américas.

Los señalamientos inducen a que los organismos líderes en salud, y las instituciones de salud desarrollen medidas de prevención permanentes y sostenidas, a fin de delimitar el desarrollo del cáncer de mama, y la mujer aplique medidas preventivas y de detección temprana y precoz.

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe en número de casos y muertes, según revelan la OPS, OMS, (2012b), y señalan que el diagnóstico temprano, y los avances en el tratamiento, favorecen mejoras en los resultados de sobrevivencia.

Son positivos los señalamientos a favor de la salud de la mujer, revelándose que en Canadá y Estados Unidos de América se han presentado un descenso reciente de la mortalidad por esta causa, asociada a la efectividad de los programas de detección temprana y a la inclusión de políticas gubernamentales que inducen a la población hacer uso de derechos a favor de la salud de la mujer González -Robledo, LM, Nigenda G. (2013).

En relación a la supervivencia global en el grupo de mujeres más jóvenes menores de 40 años, se evidencia mayor riesgo de recidiva local, contrastado con las de mayor edad de 47-54 años. , según señalan Bollet & Mazeau (2007). Esto es indicativo de que las jóvenes pueden desarrollar complicaciones, y también le pueden reaparecer el cáncer esto es congruente con Kim, Kwak, & Lee, (2007), que afirmaron que las pacientes jóvenes menores de 40 años tienen mayor riesgo de desarrollar una recurrencia local al ser tratadas con cirugía conservadora.

En referencia a variables demográficas del cáncer de mama Agostino, Castañeda, Di Lorio, (2002), aducen que los elementos demográficos del cáncer de mama prevalece en progreso en edades más tempranas, alrededor de los 30 años, este planteamiento es cónsono con una realidad en la que al desarrollarse el cáncer de mama en edades tempranas interfiere la etapa productiva laboral, con el desarrollo del núcleo familiar, como pareja y padres, lo que produce estrés y depresiones agravando la respuesta a tratamientos, y afecta la sobrevivencia.

En relación a la prevalencia de edades de mortalidad las estadísticas demográficas revelan el Cáncer de Mama entre las primeras causas de muerte en referencia ocasionan el 5 % al 9 % del total de defunciones en edades de 20-59 años.

(Lozano, Gómez. &, Sarah L., Torres, Sánchez, López-Carrillo, 2009).

En México en el 2006 el cáncer de mama fue la causa de muerte en mujeres en edades de 30 a 54 años, y amenaza a todos los grupos socioeconómicos, estimándose para el año 2020, alrededor de 16, 500 casos; cabe añadir que solo el 10 % de los casos se identifica en estadio 1. Es Importante resaltar que la seguridad social apoya en un 40 a 45 % para tratamientos (Knaul, Nigenda, Renk, Lozano, Arreola, Ornelas, Langer, 2009).

En países latinoamericanos donde las tradiciones influyen en los estilos de vida como la dieta, con estratos socio económicos bajos sin tener la accesibilidad oportuna a estudios de diagnóstico temprano, limita que el cancer de mama no se incremente con el paso de los años.

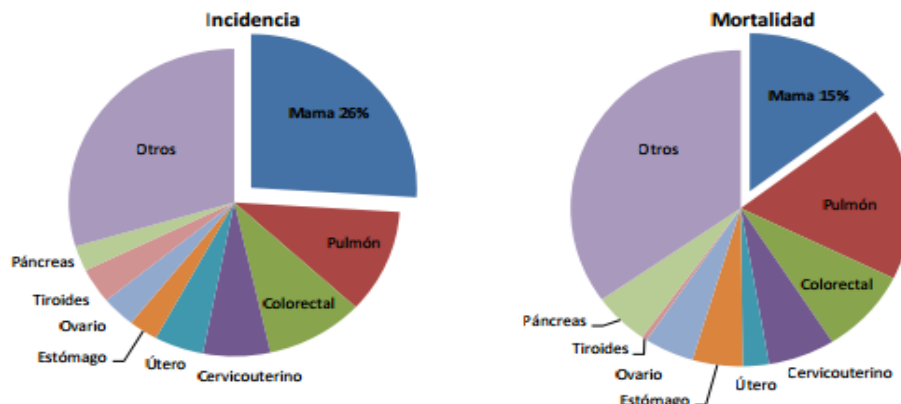
En España en el 2012 a través del observatorio del cáncer AECC, (asociación de Oncología española) se realizó el estudio cuantitativo, experiencia de las mujeres con cáncer de mama, cuya muestra incluye desde los 15 años, hasta más de 71 años, encontrándose la mayor incidencia en el intervalo de 41 a 50 años de edad. El 66 % menores de 50 años; y el 32, 5 % dentro del rango de edad de 50-59 años; lo cual es indicativo que en ese país el perfil medio es más tendiente a ser joven. La muestra de estudio tenía dos años de estar sobreviviendo al cáncer de mama en un 60 %.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Es de conocimiento que el cáncer de mama es uno de los prevalentes en Panamá, lo cual es preocupante por afectar a la progenitora, lo cual interfiere en la estabilidad del núcleo familiar.

Para reconocer que existe un problema en relación al cáncer de mama en Panamá, es importante tener un panorama de la realidad del cáncer, tal y cual revelan organismos e instituciones de salud que a continuación presentamos.

Figura 2. Registros del Cáncer en Panamá, 2013.



Según el Ministerio de Salud (2013), es la primera causa de incidencia y de mortalidad por cáncer en las mujeres en Panamá. El 21 % de los nuevos casos de cáncer y el 15 % de las muertes relacionadas con cáncer en las mujeres son debidos a cáncer de mama.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá (2011), la transición epidemiológica panameña tiene una población con tendencia a una pirámide de envejecimiento aumentando las enfermedades crónicas, entre éstas el Cáncer.

Figura 3 Registro de cáncer de mama, Instituto Oncológico Nacional, Panamá 2011-2015

Año	2011	2012	2013	2014	2015
Cantidad	611	606	595	593	695

Fuente registro de estadística Instituto Oncológico Nacional.

Visualizando esta tendencia donde el cáncer está afectando a una población importante especialmente a las mujeres, con una pirámide poblacional envejeciendo, es de importancia considerar al cáncer de mama, y determinar como algunas mujeres que lo han desarrollado sobreviven, rodeándose de elementos en su entorno que le han favorecido para preservar la vida, a sabiendas que a distintas edades tienen un rol que desempeñar.

Ciertamente las organizaciones de salud a nivel internacional, y el sector salud de Panamá están ante uno de los retos que interfiere la salud poblacional de la mujer panameña, aunque se realizan campañas anuales preventivas, se promueven la realización de estudios, pero los beneficios a la población no son sostenibles.

Por otra parte a nivel de regiones, en el recorrer por hospitales de las provincias de Herrera y Veraguas, se evidencia la realidad que acontece en la mujer cuando experimenta esta enfermedad, visualizando los cambios biopsicosociales y cómo algunas mujeres alcanzan superar exitosamente los procesos y vivir una vida normal mientras que otras lastimosamente no lo logran, induciendo al desarrollo investigativo que promueva el desarrollo humano psicosocial y espiritual.

También es importante informar que a través de la historia evolutiva del Instituto Oncológico Nacional, se mantienen elevadas estadísticas de cáncer entre los cuáles está el de mama; siendo objeto de consideración en la presente investigación ilustrar sobre el área de donde surge la perspectiva de realizar esta investigación, el Instituto Oncológico Nacional de Panamá (ION), donde bien es cierto la afluencia de pacientes con cáncer cada día es mayor, también algunos cánceres como el de mama de ser detectada oportunamente, sumado a otras variables influyen para mejoras en su calidad de vida y sobrevivir, Se presenta una breve historia sobre el citado nosocomio.

De 1936 a 1964 conforman el equipo médico de este departamento los doctores: Ernesto Zubieta, jefe del departamento y encargado de la parte quirúrgica; Dr. Ernesto Icaza, Jefe del laboratorio y el Dr. Roberto Sandoval, Jefe de Rx. De 1964 a 1968, se incorpora al equipo el Dr. Aristóbulo Carrizo. La gestión profesional que se realizaba en el Centro Cancerológico, crea la primera asociación para ayudar al paciente con cáncer denominada

“Liga Panameña contra el Cáncer”, presidida por el Dr. Ernesto Zubieta. Luego se crea la Asociación para la Prevención del Cáncer en la mujer, con la colaboración del Dr. Aristóbulo Carrizo, en el año de 1965.

En junio de 1979 se unifican las dos asociaciones y se crea la “Asociación Nacional contra el Cáncer”, cuyo primer presidente fue el Sr. Ralph de Lima.

En la década del 70 se creó el ambiente y los pilares para la creación del Instituto Oncológico Nacional, en esta década se incorpora un equipo de médicos con formación académica especializada. La incorporación de médicos especialistas en diversas ramas para la atención de las personas enfermas con cáncer, crean las condiciones necesarias para el surgimiento de lo que es actualmente el Instituto Oncológico Nacional.

La labor de la Asociación Nacional contra el Cáncer (ANCEC), en esta época fue relevante de la concientización tanto del gobierno como del público y su actividad reflejada en donaciones que ayudaron a mejorar la atención del paciente en el Centro Cancerológico.

En la década de 1980 se formalizaron los trámites del Gobierno Panameño, con el Gobierno del Japón, para la dotación del equipo médico quirúrgico, ultrasonido, rayos x, laboratorio clínico y patológico para el Hospital Santo Tomás, ya que todavía el Centro Cancerológico era un departamento de dicho hospital.

El 5 de diciembre de 1982, se efectúa la inauguración oficial del Instituto Oncológico Nacional, bajo la dirección de la Dra. Rosa María Crespo de Britton, quien fue el jefe del Departamento del Centro Cancerológico y primera Directora del Instituto. La Ley 11 del 4 de julio de 1984, formaliza la creación del Instituto Oncológico Nacional, Juan Demóstenes Arosemena, regido por un patronato con personería jurídica propia, se inicia una estructura administrativa y técnica del Instituto, desarrollándose así la programación computarizada de

operaciones y consultas externas, creación del laboratorio clínico e histopatológico, implementación de una cocina para el instituto, aspectos estos que le van dando vida a esta institución.

Como instituto cumple con la participación en estudios de investigación, nacionales e internacionales y la docencia continuada a su personal tanto en el ámbito Nacional como en centros especializados.

Desde luego, que el avalúo a posteriori de las etapas por las cuales han atravesado las mujeres con cáncer de mama atendidas en el Instituto Oncológico Nacional (ION) evidencian elementos positivos o negativos físicos, de interrelación familiar, comunicación, espiritualidad, actividad física, independencia, soporte social, entre otros; facilitando el camino hacia la inserción de cuidados para la sobrevivencia con calidad, en personas comprometidas con la mencionada patología; que afecta la economía social de la población, fortaleciendo elementos que potencialicen la calidad de vida.

Esta investigación proyecta incrementar el conocimiento a través de la aplicación del modelo teórico de Roy, a través del esquema conceptual del modo de interdependencia, el cual sirva de guía integrando los cuidados que han aplicado las pacientes con la ayuda de la familia, amigos, y de personas que le han colaborado a sobrevivir, haciendo uso de la interdependencia; contribuyendo a minimizar los estímulos negativos que pudiesen afectar la recuperación integral, y posibilitando la respuesta positiva en las diferentes etapas del cáncer para sobrevivir con calidad de vida; es por ello que enfermería debe motivar a realizar modificaciones en las relaciones de interdependencia con la participación de la familia o amigos de las pacientes, de tal forma que contribuya a crear nuevos modelos de atención. No hay investigaciones recientes que apliquen modelos en el modo adaptativo de

interdependencia, son de larga data en 1985, empleado como interacción entre deportistas, y aplicando apoyo social.

El esquema que presenta la investigación es autoría de la investigadora, cuyo propósito es explicar cómo se producen los cambios durante los procesos de afrontamiento y adaptación, que favorecen la sobrevivida en mujeres con cáncer de mama, aplicando el modo de interdependencia, el cual no ha sido aplicado. en Panamá y será un modelo para aplicar en el cuidado en oncología.

En esta oportunidad el apoyo social al ser analizado contempla en su contexto, el concepto del modo de interdependencia; de este modo es importante que revelemos que el apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud, y de mortalidad ante acontecimientos estresantes, donde la familia, amigos, promotores de salud, al contar con la colaboración de quienes puedan influir en mujeres con cáncer de mama, permitan abrir el camino hacia una recuperación satisfactoria.

Lo afirmado es congruente con Goncalves et al (2011), al hacer referencia que la salud física y mental está influida por el apoyo social, moderando los impactos negativos o sobre los factores predictores ayudando al enfrentamiento de estrés, crisis o vulnerabilidad en enfermedades.

Por tal motivo, la familia, al brindar soporte social desarrolla interdependencia contribuyendo a la adaptación de pacientes, durante las etapas de la enfermedad hasta llegar a la recuperación; demostrando respuestas adaptativas eficaces, que es lo esperado cuando se ha logrado superar las crisis de la enfermedad hasta alcanzar la recuperación dada el satisfactoria.

Importante afirmar lo valiosa que son las intervenciones en los procesos por los cuales atraviesan las mujeres panameñas con cáncer de mama, con adelantos tecnológicos actuales no obstante una gran mayoría no acceden tempranamente a los estudios de detección, número de casos que ha revelado el (Ministerio de Salud, , MINSA 2014).

Ante la evidencia de aumento de casos enfermería deberá hacerse partícipe de la recuperación satisfactoria, donde la mujer se levante al interaccionar con el apoyo social afectivo, humano y espiritual en sus cuidados, para sumar sobrevivientes con calidad de vida, al desarrollar un rol interactivo de interdependencia con pacientes y su familia.

Desde luego la experiencia laboral de tener contacto a nivel de comunidad, con mujeres que han desarrollado cáncer de mama, quienes reciben el apoyo socio afectivo de familia, han incentivado incursionar en una respuesta de cómo estos elementos que están incluidos en el modo de interdependencia de la Doctora Callista Roy, han influido para sobrevivir con calidad de vida.

Esta investigación pretende la búsqueda de estrategias para la sobrevida con calidad en mujeres con cáncer de mama donde el reconocimiento al rol de la enfermera se haga presente al interaccionar con familias y pacientes que vivencian el desarrollo del cáncer, y la fusión de los cuidados contribuyen a mejorar la calidad de vida.

Este planteamiento se referencia con el estudio Calidad de vida en supervivientes a largo plazo en Cáncer de Mama, realizado en España, (Vivar, 2004), cuyo objetivo fue fomentar la supervivencia a largo plazo de Cáncer de Mama.

Por otro lado la demostración de afecto influye en el estado de salud; da una visión que siendo el afecto uno de los conceptos inmersos en el modo de interdependencia, faltará

aún más por investigar y contribuir con el crecimiento teórico); basados en este planteamiento el estudio realizado por Vázquez & Castilla (2007), plantean que el ajuste positivo juega un rol importante en el inicio, desarrollo, y mantenimiento de diversas enfermedades.

Los miembros de la familia cercanos e importantes, como parte de una estructura familiar, han de ser considerados como un predictor positivo de la calidad de vida en el afrontamiento contra el cáncer García González (2007). lo induce a la interrogante **¿Cómo ha influido el afecto, el amor, los valores, la interacción, el apoyo familiar y social en la sobrevida de pacientes para la calidad de vida con cáncer de mama?**

Se considera que esta investigación induce a valorar el rol de la familia, cuidadores que llenan de fortaleza de afecto, amor, positivismo, espiritualidad, transmitiendo energía psico afectiva que inducen a la mujer con cáncer de mama a tener una razón de vida. Por otra parte servirá de modelo para que las enfermeras mejoren la interdependencia con las pacientes, a través de estrategias psico afectivas con pacientes y familia reafirmando la humanización en un mundo tecnológico.

Como se sabe, las enfermedades crónicas, como el cáncer de mama, delimitan la calidad de vida por lo cual enfermería deberá planificar intervenciones que fortalezcan la práctica de cuidados biopsicosocial, involucrando el apoyo de la familia; este acompañamiento permite proporcionar un cuidado holístico tomando en consideración los aspectos psicológico, social y espiritual, mismos que han sido considerados en este estudio.

Durante el proceso de rehabilitación la enfermera educará al familiar cuidador para que sea un ente trasmisor del cuidado en la red de cuidadores de manera tal que los cuidados sean continuos al egresar la paciente y la, recuperación sea satisfactoria

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo el acontecer descrito de la problemática del cáncer, afectando la salud integral de la mujer, tiene una interrogante que brinda la luz para iniciar este camino investigativo, lo cual motiva la búsqueda de la respuesta a la interrogante:

¿Cuál es la relación entre el Modo de Interdependencia y la Calidad de Vida en mujeres con Cáncer de Mama, desde la perspectiva de Callista Roy, I. O. N. Panamá 2015-2016?

1.4 JUSTIFICACIÓN

Se reconoce el mérito de lucha contra el cáncer de mama en nuestro país, pero a pesar del esfuerzo del sector salud en actividades de promoción, no se ha, logrado minimizar las estadísticas de mortalidad por cáncer de mama, existiendo la amenaza latente de aumentar, por lo cual esta investigación relacionada contribuirá a sumar vidas.

Las pacientes dentro del seno familiar se beneficiarán por fortalecer los lazos afectivos, al formar una red de apoyo entre ellos, comparten los recursos, las intervenciones psico afectivas y sociales propuestas a raíz de resultados; promoverá cambios positivos de comportamiento, relaciones de apoyo efectivas entre cuidadores, y sobre todo al discernimiento que la espiritualidad practicada entre ellos minimizan los efectos negativos de la enfermedad, hacia el logro y mantenimiento de una salud estable con calidad.

El estudio pretende proyectar a la comunidad una esperanza de vida que ejemplifique que no todo lo que acontece alrededor del cáncer de mama es tema de terminación de vida, sino más bien una esperanza de vivir, aun habiendo desarrollado cáncer, que dependerá como se afronte y adapte a las situaciones relacionadas.

Hay que darle valor a la vida y de cómo llenarse de motivos, de espiritualidad y de una interrelación efectiva con la familia, amigos, sociedad, dependerá en gran parte de las posibilidades de ser exitosos en contra del cáncer.

Entre las perspectivas del estudio se proyecta la adaptación de instrumentos aplicables en cáncer, para guiarse en la inserción de estrategias de apoyo social intra y extra hospitalarios, para mejorar la calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama en conjunto con la familia, que puedan ser empleados por equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que se enfoquen a evaluaciones psicosociales, afectivas y espirituales al rescate de la interdependencia individual y grupal, induciendo a comportamientos positivos que contrarresten depresiones, estrés ante el fenómeno del cáncer u otras enfermedades crónicas delimitantes por lo que consideramos tendrá repercusiones en el logro del objetivo N° 3 de desarrollo sostenible: salud y bienestar.

Además sentará las bases para orientar políticas sanitarias o intervenciones para mejorar la salud de aquellos grupos poblacionales o de pacientes cuya calidad de vida está relacionada con problemas de salud; motivará modificaciones en programas de atención primaria que reorienta los procesos de rehabilitación y el mantenimiento de la salud en personas que han desarrollado cáncer, considerando la familia o redes de apoyo social.

La investigación será conveniente para mejorar las expectativas de vida de la mujer con cáncer de mama, a razón que al proveer una fundamentación basada en la interdependencia, apoyo social integral, y afectividad y su influencia positiva en la fase de recuperación, ayuda a las mujeres para desarrollar afrontamiento positivo, y adaptación sobre todo con la participación de los miembros de sus familias y dirigidos por las enfermeras.

Este estudio permitirá conocer los elementos que responsabilizan a la familia como parte de la red social y su participación socio afectivo e interdependiente que promueve la calidad de vida, y el reconocimiento de los familiares de la recuperación de la mujer con cáncer de mama dependerá no solo de ella, sino del apoyo que se le proporcione por lo que una investigación de este tipo contribuirá a fortalecer los programas de interacción familiar, lógicamente mediante la búsqueda de variables sociodemográficas y médicas.

A nivel teórico al realizar esta investigación aplicando el modo de interdependencia de Roy, se pretende aportar en la aplicación del modo adaptativo del modelo teórico, fortaleciendo su nivel predictivo ya que se espera demostrar como este modo influye en la mujer sobreviviente al cáncer de mama.

Es importante la detección, pero también la provisión de recursos instrumentales, sociales, afectivos, espirituales y otros que fortalezcan las bases para una sobrevivencia con calidad de vida; donde el rol familiar, y social inmersos en el modo de interdependencia, motiva los deseos de vivir y logran la supervivencia en las diferentes etapas las cuales debe afrontar la mujer con cáncer de mama, hasta recuperarse. Por lo tanto, a nivel teórico, pretendemos responder ¿Que aportes podemos hacer a la teoría de Callista Roy, considerando su aplicación en el campo de la Enfermería’?

El estudio presenta una relevancia metodológica ya que se adaptaron dos instrumentos ya que midieron calidad de vida y modo de interdependencia, a través del apoyo social.

Haciendo referencia al aporte metodológico y al crecimiento del desarrollo investigativo Salas Zapata & Grisales Romero (2010), con el estudio, Reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, que añade lo importante no es

continuar creando instrumentos para la medición de la calidad de vida, sino realizar investigaciones que permitan el mejoramiento y validación en diferentes culturas.

Se corrobora que al emplear instrumentos aplicados en otras latitudes y culturas puede tener otra información que puede ser coincidente o discrepantes con los presentados en un nuevo estudio donde dichos instrumentos fueron utilizados; de ahí la importancia de validar los instrumentos dentro de una realidad empírica, empleamos instrumentos válidos y confiables dando fe que se trata de una investigación cuantitativa que cumple con el rigor científico, por llenar las expectativas investigativas con resultados confiables.

En la actualidad existe un creciente interés en incorporar investigaciones con instrumentos de medición de calidad de vida para medir aspectos existenciales y espirituales para mejoras en el paradigma de atención, dirigida a un modelo de calidad biopsicosocial y espiritual (Efficace & Marrone, 2002); como encontramos en el instrumento seleccionado para esta investigación el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, LTQL.

El estudio presenta una relevancia metodológica por la adaptación de dos instrumentos utilizados: The Long Term Quality of Life Instrument for female cancer survivors (LTQL), creado por los doctores Gwen Wyatt y Laurie Friedman Danze, el cual consta de 34 ítems que mide la calidad de vida versión inglés en Estados Unidos; y el cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer, adaptado por Gema Costa Requena, Manuel Salamero y Francisco Gill, 2007, el cual consta de 20 ítems, ambos instrumentos diseñados han sido validados en otras latitudes del planeta, y utilizados en cáncer. En relación a la calidad de vida en sobrevivientes en cáncer LTQL, la aportación será la primera vez que apliquemos la versión en español en Centroamérica, lo cual

incrementa la confiabilidad y validez del instrumento para su continuidad utilizable, habiéndose contemplado criterios de medición de aspectos psicosociales que corroboran la calidad de vida o no, en pacientes oncológicos.

El otro instrumento es para medir el modo de interdependencia, el cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer, versión adaptada que ha sido utilizado en varios países de habla hispana Colombia, Argentina. , será la primera vez empleado para medir el modo de Interdependencia de Roy, dado el nivel de contenido reflejado en su contexto, su evaluación del apoyo por parte de la familia, amigos y su significancia.

Al utilizar este instrumento de igual manera incrementa su confiabilidad y validez para posteriores investigaciones, y novedoso por ser la primera vez utilizado en Panamá, fue sometido a la crítica de expertas en aplicación del modelo en investigación panameña, cuyo contenido refleja la definición del modo de interdependencia, de la teoría de mediano rango de Callista Roy.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Generales

1. Analizar la relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy.
2. Demostrar el modo de interdependencia en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama desde la perspectiva del modelo de adaptación de la Dra. Callista Roy, aplicando instrumentos de apoyo social en cáncer MOS, SSS e instrumento de Calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama LTQL.

1.5.2 Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas de la mujer con cáncer de mama instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama
2. Demostrar la validez y confiabilidad de los instrumento MOS-SSS de Apoyo Social en Cáncer y Calidad de Vida en mujeres Sobrevivientes al Cáncer de Mama. (LTQL).
3. Detallar los descriptivos de los instrumentos MOS-SSS de apoyo social en cáncer y el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama (LTQL)
4. Establecer asociaciones entre variables Socio demográficas y los instrumentos adaptados MOS-SSS de apoyo social en cáncer, y el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, LTQL.
5. Determinar la correlación entre el modo de Interdependencia y Calidad de Vida en mujeres Sobrevivientes al Cáncer de mama.

1.6 VARIABLES DEL ESTUDIO

Independiente: Modo de interdependencia

Dependiente: Calidad de Vida

1.7 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

1.7.1 Definiciones Conceptuales

Modo de Interdependencia: Estrecha relación de personas destinadas a satisfacer necesidades de afecto y el desarrollo de relaciones que ofrecen sensación de seguridad que se experimenta a través de las relaciones mutuas y satisfactorias con los demás y con el medio ambiente, para las personas, esta necesidad se satisface a menudo a través de la interacción con los otros significativos y sistemas de apoyo. (Roy & Andrews, 1999).

Calidad de vida: Es un concepto multidimensional y subjetivo, es considerada como la brecha entre el funcionamiento del paciente y lo que considere como ideal en el paciente con cáncer puede fluctuar durante su enfermedad y tratamiento.

La subjetividad del concepto requiere se utilicen instrumentos confiables y válidos para medir el estado físico, mental y social. (Hernández & Cella, 2016)

Interdependencia Individual: es considerada como la estrecha relación de personas destinadas a satisfacer necesidades de afecto y el desarrollo de relaciones. Implica la voluntad y la capacidad de dar y aceptar de otros, que uno tiene que ofrecer: amor, respeto, valor, conocimiento, compromisos, y tienen balance entre sus necesidades de afiliación, logro de independencia. Roy & Andrews (1999).

Apoyo Social: Toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar a otro u otros afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal, y /o social. . . Este autor le da una interpretación de humano, existencial y personal (Ander, 2004)

Relaciones Significativas: son los individuos a los cuales se les da mayoría del significado o de la importancia pueden ser padres, esposos, amigos, Dios, miembros de la familia animales. Estas significativas implican armarse, respetarse, valorarse, alternamente ellas con respeto y valoran un grado mayor que otras relaciones (Ramírez & Ochoa, 2008).

Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama: son las que tienen salud física, clínica, que la conforman las dimensiones psico-emocional, social, ambiental, y espiritual, donde

las emociones positivas tienen relaciones con la salud física. (Moro, 2012, (Powell, Kern y Lyubomirsky, 2007 en Marrero Medina 2015).

1.7.2 Definiciones Operacionales

Modo de Interdependencia: Son las relaciones afectivas que tienen las mujeres con cáncer de mama, con personas significativas, y sistemas de apoyo, manteniendo interacción social, desarrollando espiritualidad activa, demostrando seguridad emocional, aceptando la ayuda de la familia o sistemas de apoyo social en la sobrevivencia de 3 a 5 años, durante los cuales recibe y da amor afecto, respeto, acepta compañía; el apoyo de recursos, será medible a través del instrumento MOS-SSS de apoyo social en cáncer Requena, Salamero & Gil, 2006.

Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: será evidenciado a través de la aplicación del Instrumento de calidad de vida en Cáncer LTQL. , creado por Wyatt, el cual se compone de elementos cuyos descriptores son biopsicosociales que proporciona un juicio de la salud de la mujer que ha desarrollado cáncer de mama, decisión adoptada en esta investigación. Se medirán los indicadores tales como: aspecto cognitivo, emocional, social, desempeño de rol, imagen corporal, perspectiva futura; con independencia para realizar sus actividades, crecimiento post traumático, mejor percepción de sí mismos, relaciones interpersonales satisfactorias, espiritualidad, una personalidad persistente que demuestra control sobre la vida y un compromiso por el logro de meta. Para medir la calidad de vida en mujeres con cáncer, se considerará la referencia de supervivencia al Cáncer de Mama de uno a cinco años.

Interdependencia Individual: Es considerada como la estrecha relación de personas destinadas a satisfacer necesidades, y el desarrollo de relaciones. Brindando y recibiendo afectos y amor.

Apoyo Social: interacción en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de parte de amigos, familiares o red de apoyo, que beneficia a pacientes, contribuyendo como protector a la salud, amortiguando, estrés, depresión, aislamiento.

Relaciones Significativas: Son los individuos con significado e importancia como seres queridos para las pacientes, tales como padres, esposos, amigos e hijos o el acercamiento espiritual con Dios, lo cual influyen en el valor a la vida.

Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama: son las mujeres que han sobrevivido de 1 a 5 años culminado el tratamiento, con salud estable. Las variables interdependencia individual, relaciones significativas, y apoyo social son variables que influyen positivamente en la sobrevivencia en cáncer y que serán empleadas en el contexto de esta investigación, además que la interdependencia individual es utilizada en el modelo teórico de Roy, identificada en el ser de la persona.

1.7.3 Variables intervinientes

Variables sociodemográficas: Son indicadores sociales, económicos y demográficos utilizados como insumo en el diagnóstico de las condiciones de salud y los programas de riesgo psicosocial. (Sanz, 2008)

Variables médicas: avaluó o características de salud que poseen las pacientes como la condición de salud, los efectos secundarios tardíos a la quimioterapia, o efectos de otras patologías agregadas que lesionan el equilibrio de la homeostasia en las pacientes.

1.8 SUPUESTOS – PREMISAS Y PREPOSICIONES

- El sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia. (Roy, 2010).
- El afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo. (Roy, 2010). Preposiciones o premisas
- Las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los proceso cognitivos y emocionales. (Roy, 2010).

1.9 HIPÓTESIS DE CORRELACIÓN

Ho: El modo de interdependencia no está relacionado con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Hi: El modo de interdependencia (medido por el MOS) está relacionado con la calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

Ho: No existe relación entre el Modo de interdependencia y las variables socio demográficas.

Ha: Existe relación entre el Modo de interdependencia y las variables socio demográficas

Ho: No existe relación entre la calidad de vida (medido por el LTQL) y las variables socio demográficas

Ha: Existe relación entre la calidad de vida (medido por el LTQL) y las variables socio demográficas.

Hipótesis canónica

Ho: No existe correlación en los factores MOSS y LTQL al 0, 05 nivel de significancia

Ha: Existe correlación en los factores MOSS y LTQL al 0, 05 nivel de significancia.

El modo de interdependencia será medido a través del instrumento MOS-SSS de apoyo social en cáncer de Requena, Salamero y Gill (2007), donde el 95 % de sus ítems mide las relaciones afectivas que tienen las mujeres con cáncer de mama con personas significativas y sistemas de apoyo; será versión adaptada en el contexto panameño. ,

La calidad de vida en mujeres con cáncer de mama será medida a través del instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama de los autores Went Wyatt y Laurie Freedman (1996), versión adaptada en el contexto panameño.

1.10 MAPA CONCEPTUAL APLICANDO EL MODELO DE ADAPTACIÓN

Es importante resaltar que El Modelo de adaptación de la Dra. Roy es uno de sus modos adaptativos, el modo de interdependencia, incluye comunicación interactiva, relación, sentimientos, demostración de afectos, experiencias vividas, fortalece lazos de amistad, amor, con fuerzas positivas, está influenciado por las estrategias afectivas y comportamentales del afrontamiento.

El modelo teórico le da esencia a la práctica de enfermería, siendo meritorio contrastar resultados, con datos verificables, que permitan hacer generalizaciones, constituyendo bases para el crecimiento positivista; lo cual permitirá contribuir con el alcance teórico, al describir, explicar, predecir y prescribir teorías, lo cual es lo esperado como apoyo al desarrollo científico.

Ciertamente el cáncer de mama es uno de los cánceres que más vida resta a la población femenina, por tanto es de considerar que el experimentar tristezas, depresión, ansiedad, aislamiento limita la calidad de vida de las mismas, para superar las crisis en las fases por la que atraviesan las mujeres con cáncer de mama en gran manera dependen de los soportes que reciba, que provean de recursos socioeconómicos, apoyo psicológico, y atención calificada, que fortalecen contra los efectos negativos favoreciendo la sobrevivencia y el cumplimiento de sus roles dentro de la sociedad.

Por tanto, cabe la interrogante sobre ¿Qué influye en esa recuperación, será solo producto de la terapéutica o habrán otros elementos?, en respuesta a estas interrogantes, hemos indagado en concepto de las relaciones de interdependencia tanto individual como grupal que favorece superar las etapas traumáticas y permita explicar significativamente esa recuperación progresiva-. La interdependencia trata de explicar cómo la satisfacción de las

necesidades psicosociales, contribuyen a la estabilidad orgánica o a afrontar los eventos traumáticos haciendo ajustes hacia comportamientos positivos, aceptando la ayuda que le suministran personas significativas o redes de apoyo, las cuales al tener un acercamiento con la persona favorece la adaptación positiva, que al tener un ambiente con recursos, logra la meta de recuperarse satisfactoriamente (ver estructura conceptual).

La interdependencia debe ser cimentada en cada persona que brinde cuidados a la paciente que está afectada por esta enfermedad crónica, tal como lo es el cáncer de mama que afecta funcionalidad de las pacientes; porque se crea las bases para la recuperación de la salud con calidad de vida, y permite hacer referencia a grupos de auto ayuda, de apoyo de redes sociales, de relaciones satisfactorias y sobre todo enfatiza la relación basada en afecto, amor, fe espiritual por parte de las personas significativas de la familia, lo que contribuye a que la persona afectada por el cáncer se adapte a los cambios de la vida, desarrollando un comportamiento positivo para afrontar la enfermedad, y pueda superar con madurez las crisis, y llegar a la estabilización de la condición de salud.

Considerando los elementos sustentadores señalados, también es sustancial la evidencia según investigadores haciendo hincapié en los conceptos, importante afirmar que la Interdependencia desde la mirada del Modelo de Adaptación de Roy brinda directrices para que la enfermera/o planifique cuidados, dejando de lado el desapego al paciente, valorando e internalizando que al desarrollar intervenciones con la familia sin distingos, fortalece el contacto social, y motiva a la voluntad de aceptar y dar amor con espiritualidad para tener respuesta positiva ante los problemas que lesionen la salud, tal como lo refiere Sinisterra (2007), en su estudio de apoyo social, donde la familia es el factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer de mama.

Desde la perspectiva de calidad de vida, es afirmativo que es uno de los indicadores más importantes para identificar el bienestar físico mental, y social de la población. Estos indicadores, desde la perspectiva de las pacientes con cáncer, significan deterioro progresivo de la vida, sobre todo si se valora solo la parte orgánica. A partir de este enfoque, la calidad de vida de la mujer que haya desarrollado cáncer de mama no solo será afectada por la terapéutica recibida, recursos que la hayan asistido, sino que también existen otros recursos provenientes del entorno de la familia, que indudablemente se unen a la terapéutica para ganarle la batalla al cáncer de mama.

Indudablemente que la calidad de vida de pacientes con cáncer está en función de la respuesta como la mujer afronta la enfermedad, logrando estabilizarse físicamente con la terapéutica, logrando estabilidad emocional como indicador de salud mental, relacionándose con los amigos, y demostrando salud social y espiritual alcanzada por su interdependencia religiosa, compatible con (Velarde, 2002), quien en esencia realza los valores relacionados con interacción social.

Por demás se ha demostrado que los cuadros psicológicos de trastornos de ansiedad, depresión, y trastornos mentales afectan negativamente la recuperación de pacientes oncológicas (Cervera & Aubá, 2005), y los efectos positivos de sobrevivida post cirugía, producen efectos en la imagen corporal, relaciones de pareja y el temor a los resultados de tratamientos (González, 2008). En este orden de ideas los investigadores Fernández y Padierna (2004), en su estudio de mujeres sobrevivientes al cáncer, evaluaron los efectos del estado emocional, revelaron que las depresiones y el estrés atacan el sistema inmunológico, lo cual no es alentador para la recuperación de las mujeres con cáncer, contrariamente si se refuerza psicológicamente, se tendrán sobrevivientes con una mejor calidad de vida.

Dentro de este estudio se crea un enlace entre los conceptos de interdependencia y calidad de vida que pueden contribuir a un nuevo cauce en la práctica de los cuidados de enfermería, donde la familia pueda ser considerada dentro del planeamiento de intervenciones psico afectiva y sociales, haciendo una fusión de las relaciones de interdependencia profesional con las personas significativas de las pacientes, favoreciendo el desarrollo de la independencia, fortaleciendo los ambientes libres de estrés y estados depresivos, propiciando demostraciones de afectos, cariño, amor espiritualidad dentro y fuera de entornos hospitalarios; donde la mujer con cáncer de mama pueda afrontar con seguridad y ser fortalecida en la fe, con la finalidad de desarrollar seguridad, esperanza y una adaptación positiva para una sobrevida con la mejores posibilidades de calidad de vida.

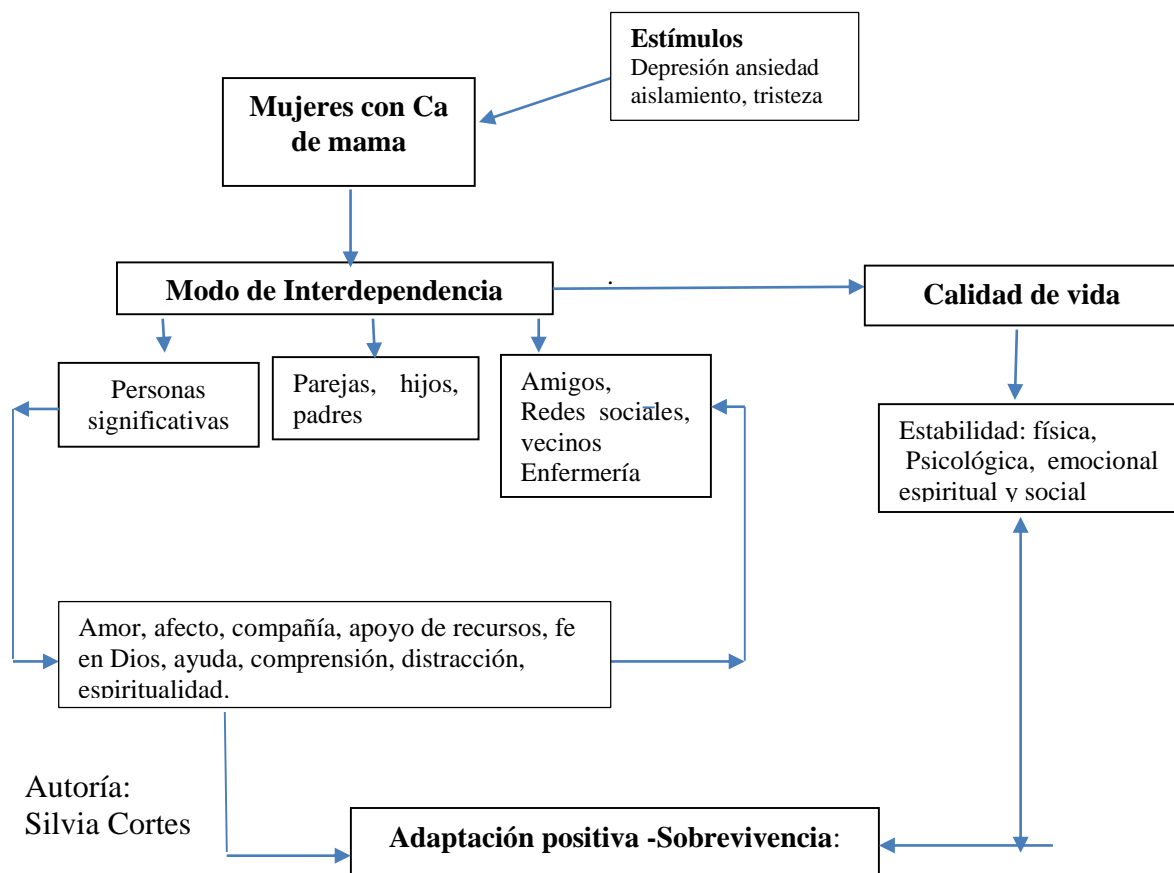
Para lograr la medición del concepto de calidad de vida se utiliza el instrumento The Long Term Quality of Life Instrument for female cancer survivors, (LTQL) creado por Gwen Wyatt y Laurie Friedman Danze, que mide la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, interrelación sustenta una evaluación de las respuesta de alcances en la recuperación biopsicosocial que tiene la mujer con cáncer de mama, visualizada a través de la valoración que responde objetivamente a los criterios enmarcados en el instrumento.

Para medir la interdependencia plantada por Roy el instrumento cuestionario MOS-SSS como apoyo social apoyo social, de relación de afecto de la familia, y personas significativas. Este instrumento contempla un 95 % dentro de su estructura de indicadores que identifican el modo de interdependencia individual y grupal propuesta en esta investigación contempla. El instrumento responde a los indicadores de afecto, amor compañía de familiares y amigos; está diseñado para valorar la interrelación de la persona

con su ambiente social interiorizando, procesando una respuesta positiva para afrontar el fenómeno del cáncer de mama y tener una respuesta adaptativa.

El mapa conceptual de esta investigación representa la interrelación del Modo de Interdependencia y la Calidad de Vida. El MOS-SSS que en otras investigaciones ha medido el apoyo social en cáncer, en la presente investigación mide el modo de interdependencia, a través de las relaciones de interdependencia, sentimientos afectivos que han recibido las pacientes que han sobrevivido al cáncer, y que fue sometido a crítica de expertas en el manejo del Modelo de Adaptación de Roy.

Figura N° 4 Relación del Modo de Interdependencia y la Calidad de Vida



Las mujeres que presentan cáncer de mama durante las etapas que afronta desarrollan estímulos focales y contextuales que producen efectos negativos tales como depresión, tristeza, aislamiento, ansiedad los cuales son contrarrestados por el Modo de Interdependencia puesto de manifiesto por personas significativas, parejas, hijos, padres, amigos, Redes sociales, vecinos, Enfermería, los cuales brindan Amor, afecto, compañía, apoyo de recursos, fe en Dios, ayuda, comprensión, distracción, espiritualidad, fortaleciéndoles ante el proceso de enfermedad lo cual predice un estado de bienestar con las características de calidad de vida evidenciada en estabilidad: física, Psicológica, espiritual, y social, lo cual es indicativo que ha logrado adaptación positiva, dado como producto sobrevivencia.

CAPÍTULO II
MARCO REFERENCIAL

2.1 ELEMENTOS IMPORTANTES DEL MARCO REFERENCIAL

2.1.1 Antecedentes del Cáncer de Mama

El cáncer es la principal causa de muerte debida a enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y por lo tanto, es un problema de salud pública. El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo, Siegel (2015).

El cáncer de mama es considerada una enfermedad multifactorial en la que los factores genéticos y ambientales contribuyen a su aparición, para disminuir estos resultados es imperante estrategias en la prevención, y detección con un enfoque multidisciplinario, donde enfermería realice su función educativa y participar en la detección temprana y precoz.

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe en número de casos y muertes, según revelan la OPS, OMS, (2012b), y señalan que el diagnóstico temprano, y los avances en el tratamiento, favorecen mejoras en los resultados de sobrevivencia.

Son positivos los señalamientos a favor de la salud de la mujer, revelándose que en Canadá y Estados Unidos de América se han presentado un descenso reciente de la mortalidad por esta causa, asociada a la efectividad de los programas de detección temprana y a la inclusión de políticas gubernamentales que inducen a la población hacer uso de derechos a favor de la salud de la mujer, González-Robledo, LM, Nigenda G. (2013).

En relación a la supervivencia global en el grupo de mujeres más jóvenes menores de 40 años, se evidencia mayor riesgo de recidiva local, contrastado con las de mayor edad de 47-54 años, según señalan Bollet & Mazeau (2007). Esto es indicativo de que las jóvenes

pueden desarrollar complicaciones, y también le pueden reaparecer el cáncer, esto es congruente con Kim, Kwak, & Lee, (2007), quienes afirmaron que las pacientes jóvenes menores de 40 años tienen mayor riesgo de desarrollar una recurrencia local al ser tratadas con cirugía conservadora.

En referencia a las variables demográficas del cáncer de mama, Agostino Castañeda, Di Lorio, (2002), aduce que los elementos demográficos del cáncer de mama prevalece en progreso en edades más tempranas, alrededor de los 30 años, este planteamiento es cónsono con una realidad en la que al desarrollarse el cáncer de mama en edades tempranas interfiere la etapa productiva laboral, con el desarrollo del núcleo familiar, como pareja y padres, lo que produce estrés y depresiones agravando la respuesta a tratamientos, y afecta la sobrevivencia.

Se reafirma que la prevalencia de edades de mortalidad las estadísticas demográficas revelan el cáncer de mama entre las primeras causas de muerte en referencia ocasionan el 5 % al 9 % del total de defunciones en edades de 20-59 años.

(Lozano, Gómez. &, Sarah L. Torres, Sánchez, López-Carrillo, 2009)

En México en el 2006 el cáncer de mama fue la causa de muerte en mujeres en edades de 30 a 54 años, y amenaza a todos los grupos socioeconómicos, estimándose para el año 2020, alrededor de 16, 500 casos; cabe añadir que solo el 10 % de los casos se identifica en estadio 1. Es importante resaltar que la seguridad social apoya en un 40 a 45 % para tratamientos (Knaul, Nigenda, Renk, Lozano, Arreola, Ornelas, Langer, 2009).

En países latinoamericanos donde las tradiciones influyen en los estilos de vida como la dieta, con estratos socio económicos bajos sin tener la accesibilidad oportuna a estudios

de diagnóstico temprano, limita que el cáncer de mama no se incremente con el paso de los años.

En España en el 2012 a través del observatorio del cáncer AECC, (asociación de Oncología española) se realizó el estudio cuantitativo, Experiencia de las mujeres con cáncer de mama, cuya muestra incluye desde los 15 años, hasta más de 71 años, encontrándose la mayor incidencia en el intervalo de 41- a 50 años de edad. El 66 % menores de 50 años; y el 32, 5 % dentro del rango de edad de 50-59 años; lo cual es indicativo que en ese país el perfil medio es más tendiente a ser joven. La muestra de estudio tenía dos años de estar sobreviviendo al cáncer de mama en un 60 %.

2.1.2 Anatomía de Mamas

Siendo el cáncer de mama la patología que han presentado los pacientes se considera importante ilustrar sobre concepto, factores de riesgo, tratamiento y cuidados.

Según la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica ASCO, (2015). Se produce en las células mamarias, están formadas por tejido adiposo, dentro del cual se encuentra la red de lóbulos formados de estructuras tubulares llamadas lobulillos que contienen las glándulas de secreción de leche. Conductos minúsculos conectan las glándulas, los lóbulos y los lobulillos y transportan la leche. Toda la mama está irrigada por vasos sanguíneos y linfáticos, los vasos sanguíneos transportan la sangre que irriga las células, y el sistema linfático drena los productos de desecho corporal, a su vez este último se conecta con los ganglios linfáticos, que son órganos que ayudan a combatir infecciones (Sociedad estadounidense de oncología clínica, ASCO, 2015).

2.1.3 Factores de riesgo del cáncer de mamá

Es un hecho que al conocer los factores de riesgo podemos actuar preventivamente para una detección temprana o limitar los riesgos, los factores de alto riesgo son la historia familiar, aumenta para la mujer cuya madre, hermana (s) hija hayan tenido la enfermedad. , también para la que tiene dos o más parientes cercanos con historia del cáncer de mama.

Alteraciones genéticas las que tienen ciertas condiciones como hiperplasia, de 45 años de edad, las cuales la mamografía muestra una densidad mayor del tejido del seno. Una mujer que a los 30 años no haya tenido hijos o ha tenido su primer bebe a los 30 años o más tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

La evidencia actual sugiere que las mujeres menopáusicas recibiendo terapia de reemplazo hormonal por más de 10 años tienen un riesgo ligeramente más alto de desarrollarse. (Aguilar & Aspilcueta.2009).

En esta misma dirección García & Martínez (2008) en relación al factor de riesgo señalan la edad media de 47- 52 años, además de los factores hormonales endógenos como menarquía temprana, menopausia tardía, nuliparidad, primera gestación tardía, y contraceptivos hormonales por más de 5-10 años.

Según Romero et al (2008), los estrógenos juegan un papel importante en la aparición del cáncer de mama, importante el señalamiento en relación a la menarquía antes de los 11 años y menopausia después de los 54 años de edad y la nultiparidad incrementan el riesgo de padecer este tipo de flagelo.

En oncología para la selección del tratamiento a seguir se realizan estudios especiales que permiten arrojar con veracidad el estadio y pronóstico en el cual se encuentra el cáncer,

siendo importante ilustrar sobre los mismos, así tenemos los siguientes estadios (Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos, 2013.), Robín & Contran, 2010, nos refieren:

2.1.4 Estadios del cáncer de mama

Según el Instituto Nacional del Cáncer Estados Unidos, (2013); Robin & Contran, (2010).

Estadio I del cáncer de mama: es aquel se encuentra en los divide en los estadios IA y IB. En el estadio IA, el tumor mide dos centímetros o menos, y no se diseminó fuera de la mama. En el estadio IB se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama (mayores de 0, 2 milímetros, pero no mayores de dos milímetros) en los ganglios linfáticos y se presenta una de las siguientes situaciones No se encuentra un tumor en la mama; o el tumor mide dos centímetros o menos.

Estadio II: Se divide en las subcategorías IIA y IIB.

El estadio IIA describe el cáncer de mama invasivo en el que:

- No hay ningún tumor en la mama, pero se detectan células cancerígenas (que superan los 2 mm) en 1-3 ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo) o en los ganglios linfáticos cerca del esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela)
- El tumor mide 2 cm o menos, y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.
- El tumor mide entre 2 y 5 cm, y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.

El estadio IIB describe el cáncer de mama invasivo en el que:

- el tumor mide entre 2 y 5 cm, y se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0, 2 mm, pero inferiores a 2 mm O.
- el tumor mide entre 2 y 5 cm, y el cáncer se ha propagado en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela) O.
- el tumor mide más de 5 cm, pero no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.

Estadio III; se divide en las subcategorías IIIA, IIIB y IIIC.

El estadio IIIA describe el cáncer de mama invasivo en el que:

- No hay tumor en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño, y se detectó la presencia de cáncer en 4-9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón (encontrado durante estudios de imágenes o una exploración física).
- El tumor mide más de 5 cm, y se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0, 2 mm, pero inferiores a 2 mm O.
- El tumor mide más de 5 cm, y el cáncer se ha propagado en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela).

El estadio IIIB describe el cáncer de mama invasivo en el que: : El tumor tiene un tamaño indefinido y se ha propagado hacia la pared torácica o la piel de la mama, y ha

provocado inflamación o una úlcera y pudo haberse propagado hacia 9 ganglios linfáticos axilares o pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer de mama inflamatorio pertenece por lo menos al estadio IIIB. Las características típicas del cáncer de mama inflamatorio son: Enrojecimiento de un gran sector de la piel de la mama.

- La mama se siente caliente y puede estar inflamada.
- Las células cancerígenas se propagan hacia los ganglios linfáticos y pueden encontrarse en la piel.

El estadio IIIC describe el cáncer de mama invasivo en el que:

- Puede que no haya indicios de la enfermedad en la mama o, si hay un tumor, puede tener cualquier tamaño y haberse propagado hacia la pared torácica o a la piel de la mama y el cáncer se ha propagado en 10 o más ganglios linfáticos axilares O.
- El cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos ubicados sobre o debajo de la clavícula o el cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

2.1.5 El Tratamiento en cáncer de mama

Se ha ido modificando con el paso de los años, al tener mayor conocimiento de la biología tumoral y de los progresos en la detección temprana. Ha acondicionado la conducta terapéutica - cada vez menos agresiva con la cirugía. Se hace uso de la cirugía, quimioterapia, radioterapia, y hormonoterapia al realizarse el diagnóstico temprano.

Desde este enfoque es de añadir que el diagnóstico precoz, proporciona seguridad de vida, además de racionalizar el tratamiento de esta enfermedad; por consiguiente una mejor calidad de vida en la mujer y un lento, pero progresivo aumento de la supervivencia depende del diagnóstico temprano. Torres & Vladislavovna, 2007.

En relación al pronóstico tenemos que está grandemente determinado por la detección precoz del cáncer, los avances médicos, farmacológicos y la accesibilidad a los servicios de salud han contribuido al incremento de la supervivencia del cáncer. En relación al cáncer de mama, a largo plazo ha mejorado significativamente, al realizarse una detección precoz y oportuna. J Clin (2005)

2.1.6 Papel que juega la enfermera en la detección y recuperación en el cáncer de mama.

Papel que juega la enfermera en la detección y recuperación. La enfermera deberá desarrollar un rol activo en el periodo de recuperación y supervivencia de las mujeres que han presentado cáncer de mama, en este sentido, durante la supervivencia se ameritan controles periódicos, por la incidencia de recidivas, efectos secundarios producto de los tratamientos, siendo imperante que la enfermera, participe de estrategias terapéuticas y planes de asistencia, en el control de síntomas físicos al padecer secuela físicas, psicológicas y sociales debido al cáncer Vivar, (2005).

Desde esta perspectiva, la enfermera debe desarrollar su creatividad para establecer mecanismos, para asistir no solo a pacientes diagnosticadas por primera vez, sino también a las supervivientes, desarrollando planes que involucren acciones en la búsqueda de síntomas de recidivas, atender necesidades psicológicas y sociales.

2.2 MODO DE INTERDEPENDENCIA

2.2.1 Concepto del modo de interdependencia

Según Roy, (2008), Se centra en las relaciones cercanas de las personas, ya sea como individuos o como parte de un colectivo y en su finalidad, estructura, y desarrollo.

Modo de Adaptación de la Interdependencia incluye: relaciones dependientes entre sí afectan el deseo, la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos, aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es: amor, respeto, valores, educación conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo, y talento. (Moreno, 2008, Roy, 2010)

2.2.2 Interdependencia individual

La interdependencia para el individuo se define como la estrecha relación de las personas, con el objetivo de satisfacer las necesidades de afecto y el desarrollo de las relaciones. El propósito es lograr la integridad relacional, como la necesidad básica del modo de interdependencia (Roy, 2008b).

Es de considerar que al estar presente, según Roy, 2013, el modo de interdependencia individual se evidencian procesos afectivos y de desarrollo que se continúa creciendo como individuo y como miembro contribuyente de la sociedad, por lo que prevalece la búsqueda de la adecuación en la relación como parte de la vida actual, siendo importante reconocer que en la interdependencia individual la persona busca afectividad, relaciones con otras personas para llenar vacíos cuando experimentan situaciones de divorcio, cambios demográficos y sociales les conducen a satisfacer necesidades cuando afrontan enfermedades. Estas y muchas otras demandas desafían a las personas a encontrar nuevas formas de lograr la integridad relacional. Cabe afirmar que las actividades interdependientes

afectivas se caracterizan por mayor unión en la familia, realizar reuniones familiares, y el manifiesto de la creencia en Dios.

2.2.2.1 El aspecto emocional, elemento importante en la interdependencia individual.

Según Roy, 2008 los sistemas de apoyo más importantes son los miembros de la familia, de hecho, la efectividad para alcanzar los objetivos de la relación dependerá de la congruencia y la alineación de componentes relacionados tales como: el dar y recibir sistemas de soporte, personas significativas, la adecuación efectiva y desarrollo de la misma. Es afirmativo que el aspecto emocional incluye intimidad, los cuales deben estar presentes para que emerja el positivismo con capacidad de afrontamiento efectivo contra el flagelo del cáncer.

2.2.3 Interdependencia Grupal

Gran parte de los sistemas humanos están avanzados se ha escrito sobre los sistemas relacionales y la forma en que los objetivos se adaptan a través de la gente trabajando juntos para algún propósito. De acuerdo con el modelo de adaptación, en el 2008, Roy definió la interdependencia relacional como las interrelaciones dinámicas, el desarrollo y los procesos de recursos que el grupo continúa cultivando y contribuyendo a la sociedad, sistemas o grupos de personas que actúan en unidad para promover filosofías particulares, relacionales que funcionan juntos para algún fin, pueden ser ellos mismos el centro de atención en situaciones de praxis avanzada de enfermería).

El modo adaptativo de interdependencia. Se centra en relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, más que roles en sociedad. El modo de interdependencia en el cual la necesidad de la integridad más que asociarse al afecto, al desarrollo, a la maduración, y a recursos. El modelo de adaptación de Roy, observa que cada sistema humano individual o colectivo se esfuerza por la integridad emparentada por cada una de estas áreas, con el objetivo de satisfacer las necesidades de afecto, desarrollo, y recursos para alcanzar la necesidad básica de la integridad emparentada del modo de la interdependencia. Este se relaciona con los procesos afectivos de desarrollo, y de recurso con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye a la sociedad.

La Doctora Roy señala que las relaciones interdependientes se dividen en dos categorías: significativas y sistemas de ayuda. Las significativas son los individuos a los cuales se les da la mayoría del significado o de la importancia, pueden ser padres, esposos, amigos, Dios, miembros de la familia o aún animales. Estos significativos implican amarse, respetarse, valorarse, y alternadamente, ellos aman, respetan, y valoran un grado mayor que en otras relaciones.

Los sistemas de ayuda incluyen a la gente, grupos y las organizaciones con las cuales uno se asocia para lograr metas o alcanzar un propósito. Los significados de relaciones con los sistemas de ayuda no llevan generalmente la misma intensidad, significativos y ejemplifican esposo y niños; amigos en el trabajo y su club como sistemas de ayuda. Un lugar de trabajo por sí mismo, se convierte en parte del sistema de ayuda de una persona.

Los factores que intervienen en la interdependencia son el contexto, que es un sistema particular de estímulos externos e internos que influyen la relación tanto externamente, como en lo económico, social, político, cultural, creencia, y sistemas de la familia, que

afectan la relación e internamente con la misión (propósito de la existencia) de la relación, su visión y hacia dónde se dirige. (Los valores asociados, creencias). (Roy, 2010, Roy, 2013, Roy). Las investigaciones aplicando el modo de interdependencia son limitadas y las realizadas son de larga data, Gardner citado por (Roy, 1999) refiere que el alto porcentaje de adaptación inefectiva es responsable, el ambiente social y psicológico respectivamente.

2.2.4 La Interdependencia y su influencia en la recuperación de la paciente sobreviviente al Cáncer de mama:

El cáncer de mama implica confrontación orgánica y psicológica por su efecto crónico y delimitante, con efecto significativo en partes del cuerpo, afecta la salud psíquica de quienes lo padecen (Díaz, 2010). Esta afección psíquica que padecen las mujeres que presentan cáncer de mama trastoca la vida familiar, producto de los factores estresantes que acontecen al presentar el diagnóstico, los cambios consecuentes de tratamientos, y sobre todo la lucha o huida que experimentan las mujeres con cáncer, ante un diagnóstico sensitivo; deberán reunir fuerzas para mantener el equilibrio ante factores estresantes, ameritando la integración del equipo multidisciplinario de salud, quienes deberán interactuar con pacientes y familiares, a fin de minimizar los factores estresantes que afectan negativamente las diferentes etapas por las que atraviesan las mujeres afectadas.

Por otra parte, es afirmativo que la afectividad positiva es un factor influyente para el mantenimiento o recuperación de la salud, constituyéndose en un motor para afrontar las enfermedades y que está claramente evidenciado en el meta análisis, el estudio emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama, realizado por Vásquez &

Castilla (2007); el cual tuvo como propósito analizar el efecto y las cogniciones positivas, y las situaciones amenazantes a la vida en situaciones traumáticas.

El estudio presenta el afecto positivo y puede favorecer a una mejor respuesta del sistema inmunológico; contrariamente la ansiedad, a la depresión, surte un efecto negativo en la recuperación.

El cáncer de mama es una enfermedad de limitante que interfiere con el rol que desempeña la mujer antes del diagnóstico; sin embargo, si dentro de su status de vida posee los elementos para afrontar el momento del diagnóstico y continuar los cuidados posteriores, el cáncer se transforma en una experiencia de vida, donde la espiritualidad, la esperanza, la motivación por vivir, y el espíritu de lucha le fortalecen contra el cáncer, estas aseveraciones son compatibles con autores como (Avía Md, Vázquez 1998), quienes han resaltado los afectos negativos que constituyen las depresiones y hostilidad.

Para Tedeschi y Calhoun (1996) los aspectos que se desarrollan relacionados con el momento traumático del cáncer de mama son las mejoras de las relaciones interpersonales, hay mayor apreciación de la vida, la percepción de una fuerza personal, es mayor espiritualidad y cambian las prioridades y metas de la vida; todo estos afectos positivos influyen sobre los resultados de salud, ya que están mediados por factores como la esperanza, el optimismo o variables semejantes que influyen en el afrontamiento ante el cáncer u otras enfermedades que comprometan la vida, (Segerstrom, 2000).

También se resalta como influencia psíquica según Vázquez & Castilla (2007); el optimismo disposicional, el cual se enfoca a la creencia de que el futuro le depara más positivo que negativo, el cual al ponerse en práctica surte efecto positivo en el afrontamiento contra el cáncer.

Desde este mismo enfoque tenemos que la respuesta psíquica más equilibrada ante el padecimiento del cáncer está en función de las variables de mujeres tales como: estar casado, tener apoyo social, tener mayores ingresos económicos, un nivel educativo alto, tener percepción positiva sobre la salud, tener percepción de un mayor sentido a la vida, tener menores niveles de afrontamiento mediante la evitación. (Schnoll, Knowles y Harlow, 2002).

Como es de apreciar la forma positiva que adopte la mujer con cáncer al conocer su diagnósticos y sucesos posteriores, dopensará en gran medida de su capacidad para saber manejar la situación difícil por la que atraviesa, al llenarse de espiritualidad, captar y dar afectos, lo que mitiga la negatividad que pueda desarrollarse en cualquiera de las etapa de la enfermedad.

En relación a los aspectos concretos de búsqueda del sentido a la vida se ha encontrado conexión con el afrontamiento activo adaptativo, el cual se da mediante la religión, y aceptación (Sears, Stanton y Danoff-burg, 2003). Lo cual es significativo afirmar que el tener una respuesta positiva ante el cáncer se relaciona con un afrontamiento adecuado ante el hecho de haber desarrollado el cáncer y de la forma como se adapte a dicha situación. Las pacientes con frecuencia refieren espontáneamente que la espiritualidad y la religión les resulta importante para enfrentarse al cáncer (SetefanekMc Donald&, Hess, 2005), esta comunicación espiritual reafirma la fortaleza interior para encontrar una razón de vida, en esa interacción con el Dios supremo.

Otra investigación con enfoque psicológico es la realizada sobre **características psicológicas negativas que favorece el cáncer de mama**, el cual presenta un estilo de afrontar situaciones en la vida, especialmente en mujeres con cáncer de mama (Cerezo &

Ortiz 2009). Este estudio resalta que las emociones negativas como la ira, la ansiedad o el dolor, donde las expresiones a través de la comunicación pueden constituirse en fortalezas, que en esencia constituyen un estilo de afrontar situaciones en la vida, encontrado en mujeres con cáncer de mama, pero que sin embargo fomenta el desarrollo de la enfermedad.

En el mismo norte, encontramos investigaciones que enfatizan la existencia de sentimientos que pueden interferir la respuesta positiva para afrontar el cáncer de mama tales como: el temor a la muerte ante un diagnóstico de cáncer, por el riesgo de la vida al ser una enfermedad crónica; también puede ser por la percepción percibida una vez diagnosticado el cáncer, presentado en el estudio, aspectos psicológicos en el paciente superviviente por cáncer (Solana, 2005).

Dicho estudio experimenta un afrontamiento de temor a la muerte o reacción con vulnerabilidad ante manifestaciones psíquicas de desamparo, ante la amenaza de la pérdida de la salud, expresando angustia, manifestación afectiva. Otra manifestación psíquica es la ansiedad, constituyéndose en una respuesta al peligro, el sufrimiento, un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta como consecuencia de la percepción consciente o inconsciente.

Es notorio que el aspecto psicológico es determinante para afrontar la enfermedad, desarrollando emociones positivas que favorecen la respuesta eficaz, o negativas que desfavorecen la recuperación, produciendo respuestas ineficaces; ese proceso de afrontamiento puede acontecer durante las distintas fases por las que atraviesa la mujer con cáncer de mama.

Ciertamente ambas tendencias influyen en la respuesta que experimentan las pacientes al desarrollar esta enfermedad. Los soportes de ayuda emocional, espiritual, la

personalidad y las experiencias ante problemas que impacten la homeostasia y la forma en que haya reaccionado para enfrentarlos influirán positiva o negativamente ante la crisis que encierra la patología del cáncer.

Desde otra connotación se resalta el estudio de los factores estresantes del post tratamiento del cáncer de mama, realizado por Da Silva & Dos Santos, (2010), con un enfoque cualitativo, con una muestra de 16 mujeres; quienes recibieron los tres tipos de tratamientos, en edades de 35 y 75 años. El objetivo del citado estudio fue identificar los factores estresantes presentes en la vida de las mujeres, en el periodo de uno a cinco años post diagnóstico. Este estudio concluyó que cualquier estímulo es capaz de la producción de desequilibrio de la homeostasia, que el estrés en la vida de las participantes afecta el estado psíquico de las mismas, se clasificaron en cuatro eventos a saber: El propio cuerpo; la mente, por la recurrencia de pensamientos y sentimientos experimentados en relación a la propia condición de salud; el universo social, por medio de conflictos experimentados dentro de la familia y el aspecto laboral, que interfiere la capacidad productiva.

2.2.5 Rol interdependiente de la familia, y su influencia psico social en el cáncer de mama.

Ante la experiencia de afrontar el cáncer se vivencia momentos de incertidumbre, desarrollándose conflictos psicológicos, producto de una creciente resolutividad, así tenemos: conflictos de autoimagen, alteración en la sensación de autosuficiencia, miedo en relación a la evolución del cuadro, sentimiento de culpa por trastornar a la familia, vivencia de situaciones sociales perturbadoras y deseo de retornar a la ocupación profesional, donde la interrelación de familia, su apoyo y fortaleza espiritual se constituye motor importante en la lucha contra el cáncer de mama, a razón que es el grupo social más cercano para proveer un clima de amor, de apoyo de recursos económicos y sociales tan necesarios en los procesos que se presentan durante las diferentes etapa de la enfermedad, y de la cual dependerá en gran parte el éxito hacia el logro de la recuperación de la salud. (García, & Gonzales, 2007),

Desde este punto de vista tenemos la revisión sistemática sobre Bienestar Psicológico y cáncer (García, & Gonzales, 2007b), con un enfoque de Psicosociología, cuyo propósito fue analizar las determinantes de bienestar psicológico de las pacientes con cáncer, tales como la autoconfianza, la estabilidad emocional, fortaleza y la afectividad; con variables socio demográficas y clínicas que pueden influir en la calidad de vida, dando por resultado que los factores de personalidad, recursos sociales, apoyos familiares y la terapéutica brindada del equipo de salud pueden marcar en el bienestar de vida de las personas enfermas con cáncer.

También es importante considerar la responsabilidad familiar al jugar el rol de cuidador en el manejo de enfermedades crónica, de hecho el cáncer por el compromiso humano y de recursos, resalta la participación de la misma; en esta ocasión se resalta el rol

de la familia y el apoyo del equipo de salud, quienes pueden contribuir gradualmente con apoyo psicológico efectivo, contrarrestando los estados de ánimo y sentimientos que delimiten una respuesta positiva para tratar el cáncer.

Otro enfoque que inserta a la familia como apoyo, en el estudio del cáncer y aspectos terapéuticos teóricos que realiza Lea Baider (2003) con el objetivo de destacar que la familia o la pareja no pueden ser vista automáticamente, considerar el apoyo natural para los pacientes con cáncer, y su decisión de estar cerca por si necesita ayuda y el aprendizaje de cómo ayudar a no enfrentar sola o solos el cáncer.

Otro estudio que involucra la familia es el comportamiento frente al diagnóstico de cáncer de mama, por Magalhaes de Silva, Almeida & Carvalho (2007), en Brasil, cuyo propósito fue analizar el comportamiento de la familia frente al diagnóstico del cáncer de mama. Este estudio descriptivo exploratorio, con una muestra de 15 familiares de mujeres mastectomizadas y a través de abordaje cualitativo, donde los familiares manifestaron comportamientos asociados a la situación experimentada, tales como la confrontación de las personas para dar respuestas a sentimientos de miedo.

Indudablemente que la familia participa en los procesos de tratamiento y recuperación del paciente, por lo cual deberá motivar a que las mujeres enfermas con cáncer de mama tengan adhesión al tratamiento, tal cual nos muestra el estudio de Sinisterra (2007). La familia como factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer de mama, desarrollado en Colombia, cuyo objetivo es descubrir la correlación e importancia de la familia como factor Psicosocial coadyuvante en el tratamiento del cáncer, resaltando el papel protagónico de la familia en la terapéutica del cáncer de mama, el cual da por

resultados la propuesta para la creación de protocolos que involucre a la familia en su adaptación a la enfermedad.

Al considerar los estudios relacionados con la familia se evidencia que el soporte emocional es representativo en la vida de la mujer con cáncer, afirmándose que juega un papel protagónico en la delimitación contra el estrés que afecta el estado emocional, favoreciendo la respuesta positiva a los tratamientos. Es afirmativo que los factores estresores producto de una emotividad no controlada atacan al sistema inmunológico, siendo la persona más susceptible a desarrollar células cancerígenas, y que las personas que no cuentan con apoyo familiar están en desventaja en comparación con las que si cuentan, con los recursos sociales, económicos, culturales, y espirituales en consecuente su respuesta contra esta enfermedad crónica se verá más limitada. .

Desde luego que la familia es considerada dentro del contexto como un gran soporte social, conduciéndonos a la comprensión del rol de familia como apoyo social, tal y cual revela el estudio, percepción del funcionamiento familiar de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama de diferentes géneros por Biffi & Vilela, 2010, quienes propusieron describir como familiares del género femenino, perciben la dinámica de sus familias después del cáncer de mama, con un enfoque cualitativo estudian el funcionamiento familiar, analizando el proceso de adaptación en cáncer de mama en ambos géneros, utilizando una comunicación clara para la búsqueda del equilibrio familiar, presentando interacciones, caracterizada por sentimientos que fortalecen las respuestas positivas contra la enfermedad.

Con un enfoque similar con el diseño, cualitativo de tipo fenomenológico interpretativo, tenemos el estudio, Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al

apoyo familiar, realizado por Ostiguin, Pérez, Bernal, & Amador, (2008), fue realizado en el Distrito Federal, México. Las informantes fueron 14 mujeres; abordadas con la técnica de grupos focales. Los hallazgos de reportes de las expresiones referidas fueron apoyos económicos, amor, apoyo moral, que incluía la atención de todo tipo de necesidades, apoyo emocional, cuando hay una atención instrumental y vigilancia del cuidado. Como es percibida esta descripción respalda la interacción familiar tan importante ´durante todas las fases que experimentan las pacientes en su lucha contra el cáncer de mama, y donde la familia juega un importante rol para alcanzar la meta de vida.

Ciertamente la familia como apoyo psicológico está en todas las fases por las cuales atraviesa la mujer con cáncer de mama, sin embargo durante la fase diagnóstica impacta la vida de la mujer por los ajustes personales, y en su familia tal como revela el estudio Experiencia de Mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mama de Calvo Gil & Narváez Pinochet, (2009), de tipo fenomenológico, donde trata de comprender las vivencias que experimentan las mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama en su entorno biopsicosocial. Fue realizado aplicando ocho entrevistas a pacientes de la unidad de Patología mamaria del Hospital Clínico de Valdivia en Chile.

El análisis de las entrevistas determinaron que dentro del proceso de la fase inicial, impacto del diagnóstico, la familia influye en la decisiones de tratamientos como es la mastectomía, el cual está influido por factores psicosociales, por el temor a las consecuencias; de hecho es reconfortante que la pareja y las personas más significativas influyan positivamente al momento para la escogencia de las intervenciones como la mastectomía y terapéutica a seguir.

Como se ha visto los estudios apuntan a la familia en su interdependencia con las personas enfermas de cáncer, revelando que juega un importante papel para afrontar las emociones negativas que derivan al experimentar esta enfermedad, compartiendo y transmitiendo sentimientos positivos para crearse esperanza y fortaleza en las diferentes etapas del proceso patológico, hasta llegar a la etapa de recuperación.

2.2.6 La interdependencia desarrollada a través del apoyo social.

A razón que este concepto literalmente reúne atributos del modo de interdependencia, se ha efectuado el análisis de las características de dicho modo adaptativo a saber: Afecto, desenvolvimiento de recursos, la integridad relacional definido por la Doctora Callista Roy (Andrews & Roy, 1999), donde las necesidades de interdependencia son atendidas a través de relaciones con diferentes personas, que tienen diferentes significados para un individuo. En esta obra se presentan investigaciones basadas en el modo de interdependencia que enmarcan uno que otro aspecto categorizado dentro del mismo, y que resaltan en forma general el apoyo psico social que se brinda a las personas enfermas por patologías crónicas o eventos que involucran manejo de emociones negativas para tener una interdependencia efectiva, la cual promoverá la adaptación.

Desde otro enfoque es notorios que las relaciones del modo de interdependencia se ven afectadas por los cambios demográficos y sociales, como pueden ejemplificar el envejecimiento de la población, las separaciones y cambios frecuentes de trabajo, las inmigraciones, lo cual interferiría la integridad relacional; de manera que se visualizan al tener buenas relaciones con otros, tal cual sustenta el estudio de soporte social desarrollado por (Cohen, 1985).

Se puede evaluar que el ser humano con enfermedad crónica deberá tener control sobre los estímulos, su afrontamiento en forma eficaz, pero ello dependerá en gran manera de la interdependencia socio afectivo que tenga con la pareja, y que los comportamientos negativos deben evitarse, para lograr la adaptación como respuesta positiva y mejorar la salud.

2.3 CALIDAD DE VIDA

2.3.1 Concepto de Calidad de Vida

Según Velarde, 2002, la calidad de vida para ser reconocida debe ser vista en toda su amplitud, es decir, en un plano multidimensional, incluyendo estilo de vida, vivienda, satisfacción en situación económica; considerando los valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona; de otra forma es el bienestar que puede ser experimentada en la forma de sentirse bien expresada por las personas.

La calidad de vida enmarca características físicas, sociales, psicológicas y espirituales que reflejan las personas cuando están estables de salud, aun presentando patologías crónicas como el cáncer de mama; denotando que pueden mantener satisfechas sus necesidades con poca asistencia e incluso demostrando independencia, y el para efecto de veracidad pueden ser a año, tres años y más aceptada a los cinco años.

Indudablemente que al hablar de calidad de vida no podemos desligarlo de la familia como el recurso más valioso con que cuenta la persona que tiene la vivencia del cáncer de mama, ya que las parejas, padres, hijos, o simplemente los seres más significativos sirven de motivos para que la persona se rodee de elementos que promuevan calidad de vida.

En esta proyección para tener calidad de vida todas las personas y la sociedad que le rodea deberá estar unida para crear las condiciones necesarias para mejorar progresivamente la salud de las mujeres durante y posterior a los tratamientos, y más allá mantener la fusión de intereses prolongando que las personas estén desarrollando su rol social.

Importante reconocer que la calidad de vida en cáncer está en función de la estabilidad en la salud física, mental y social. Al considerar la calidad de vida en cáncer de mama se toma en cuenta el inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Al respecto Velarde(2002b) desarrolló la investigación, evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, reveló que la calidad de vida está en función de años sin discapacidad, dando por resultado que si la persona se mantiene independiente para realizar sus actividades y mantiene salud, la cual al valorar su estado estable tiene calidad de vida.

Importante reconocer que al efectuar un estudio de calidad de vida permite cuantificar la carga de la enfermedad; en el caso de investigaciones relacionadas con el cáncer de mama permite hacer comparaciones entre diferentes grupos que presenten la enfermedad, de igual manera considera el género y al determinar la calidad de vida en cáncer pone en evidencia el grado de discapacidad o funcionalidad del paciente.

Indudablemente que la calidad de vida está determinada por el comportamiento y los estilos de vida que las personas adopten, previéndose de un ambiente libre de riesgos a la salud o que promueva la recuperación de la misma; y puede estar en función de la percepción que se tenga, por ello algunos críticos la catalogan como un concepto subjetivo.

En relación a la persona comprometida por el cáncer se medirá por la adaptación que se desarrolle a la enfermedad y a la respuesta positiva a los tratamientos.

(Moreno& Kern de Castro, 2005). Por otra parte para alcanzar la calidad de vida aun presentando el cáncer, se amerita desarrollar fuertes sentimientos de control sobre la vida, tomando decisión de hacer frente a los efectos de la enfermedad, creando mecanismos de defensa en forma positiva, querer cumplir compromisos de metas y objetivos; lo cual fortalece al ser humano que presenta esta enfermedad.

La calidad de vida es un término que involucra satisfacción, bienestar y felicidad interior que le dan significado al ser existencial, encontrándose convergencia en una visión biopsicosocial y espiritual, que amerita de recursos de adecuación vinculados a los apoyos de familia y sociedad, lo cual promueve la supervivencia con calidad de vida.

Significativamente la calidad de vida está asociada a salud y bienestar, la enfermedad crónica como el cáncer de mama, limita el desarrollo de las actividades diarias en forma progresiva o permanente, acortando las posibilidades de vida, afectando el auto concepto, el sentido de vida y provocando estados de depresión. (Gil Roales, 2004). Prueba de la afectación a la calidad de vida se presenta con los cambios en la fase de inicio de la terapéutica de la enfermedad, ameritando gran soporte psico emocional por cambios biopsicosociales y emocionales para contrarrestar los efectos negativos presentados al inicio de los tratamientos antitumorales en pacientes oncológicos. (Holzner, Kemmler, Kopp y otros, 2001); quienes, clasificaron los pacientes en tres estadios de supervivencia, de grupo con 1 año; con uno o dos años(1-2) de supervivencia; GRUPO11: con dos a cinco años (2-5); grupo 111: más de cinco años, concluyendo que la calidad de vida puede reducirse por aspectos visibles de las áreas de funcionamiento emocional, social y sexual, adujeron que las preocupaciones emocionales, la incertidumbre de padecer la recidiva de cáncer, con la

consiguiente reducción de la calidad de vida debido a cambios emocionales, cognitivos, sexuales y sociales en las pacientes de sobrevida de cinco años.

De igual manera otro estudio que nos hace referencia a la calidad de vida en cáncer de mama es *Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer* Amir (2002), con efectos psicológicos de mujeres supervivientes al cáncer de mama. El estudio realizado en sobrevivientes de cáncer de mama es comparativo entre dos grupos: Treinta y nueve sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo se compararon con 39 mujeres emparejadas que no habían estado expuestas a ninguna enfermedad crónica en relación con el trastorno de estrés postraumático, Las supervivientes demostraron puntuaciones más altas en angustia emocional y significancia baja en puntuaciones bajas.

En síntesis este estudio demostró que las supervivientes padecían niveles más altos estrés post traumático que el grupo control, concluyéndose que la persistencia de síntomas emocionales post traumáticos disminuían la calidad de vida, también que la sexualidad influye en la calidad de vida.

Otro estudio de Calidad de Vida, en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama por Marlen Izquierdo, Alerm Gonzales & Ulises Jáuregui, 2008; quienes evaluaron la calidad de vida de un grupo de mujeres cubanas, sometidas a cirugía por cáncer de mama y tratamiento oncológico específico, con una sobrevida mayor de un año a través de indicadores del funcionamiento físico, cognitivo, emocional, social, desempeño de rol, imagen corporal, perspectiva futura y estado de salud general; ambos coinciden que las condiciones que rodean a la mujer con cáncer de mama influyen para un avalúo de salud holística.

La calidad de vida en mujeres con cáncer de mama también está influenciada por los factores socioeconómicos, sobresaliendo la provisión de recursos que faciliten la enseñanza y aplicación de cuidados rodeándose de aspectos positivos asociados a una sobrevivida satisfactoria, como respaldan Salas & Grisales (2010), con el estudio Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia, teniendo como propósito determinar la calidad de vida y algunos de sus factores asociados, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, inscritas en programas de tratamiento oncológico, de tipo transversal y descriptivo que analiza las variables demográficas.

Los autores Salas & Grisales (2010b) resaltan que la calidad de vida es mejor en mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas a un régimen de salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, que provenían de un nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad, sus creencias personales (religiosas, espirituales) por lo contrario el pertenecer a un nivel más bajo y ser escéptica, constituyeron factores de riesgo para obtener una ponderación de calidad de vida.

Luego de estas investigaciones es concluyente afirmar que la calidad de vida es influenciada por el nivel socioeconómico, donde los estratos más humildes son mayormente afectadas en dominios físicos, psicológico, social y su entorno.

Las intervenciones como estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, considerando recursos morales, sociales, espirituales, y de apoyo social, constituyen elementos importantes para afrontar la enfermedad.

Los investigadores Fernández, Padierna, Villoria Gracia, Pelaes (2007), en su estudio de Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después finalizado tratamiento, expresan que las valoraciones globales involucra el estado general percibido por el paciente,

salud percibida por el paciente, calidad de vida valorada por el médico. Contempla la valoración de variables emocionales, donde las negativas como la ira, ansiedad pueden mermar la calidad de vida, de igual manera miden la independencia para las actividades cotidianas. Otros señalamientos sobre la calidad de vida están relacionados con la reacción emocional, tristeza y miedo.

Por otra parte en Ámsterdam, London se realiza el estudio Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial, por (Haes, Curran & Aaronson, Fentiman, 2002), cuyo propósito es evaluar la Calidad de vida en pacientes en edades de 70 años, que recibieron tratamiento quirúrgico de mastectomía reafirmando que la edad no es una contraindicación, comparado con otra muestra que recibe la escisión, conservando la mama, el estudio fue cuantitativo, multicéntricos, randomizado, involucran una muestra de intervenidas por mastectomía y ex cisión más tamoxifen, muestra de 136 pacientes, 65 con mastectomía y 71 con ex cisión local. Los resultados con una $p=0,33$, una diferencia no significativa, casi siempre reportaban problemas con una significancia de 0,04, y que el tratamiento conservador en la imagen del cuerpo tenía una significancia de 0,06.

Para los seguidores de técnicas en el tratamiento de este tipo de cáncer, consideran que muchas veces los adultos mayores no aceptan la mastectomía, sin embargo no presenta valores significativos en la calidad de vida en la elección del tratamiento; lo cierto es que para la mujer la imagen corporal sigue siendo importante, tal como revelan los autores (Haes et al, 2002b)

Desde la misma perspectiva tenemos el estudio longitudinal, Quality of life in Long Term, disease-free Survivors of breast: a follow up Study por (Ganz, Desmond & Leedham,

Rowland, Meyerowitz, Belin, 2002), desarrollado en Estados Unidos, de tipo prospectivo, con el enfoque predictivo demostrando que la superación de la enfermedad se debía al estado de bienestar físico y emocional logrado con un proceso de intervención quirúrgica; y los problemas secundarios como sintomatología física, incontinencia urinaria o problemas de sexualidad estaban asociados al envejecimiento y no a la patología del cáncer de mama, evalúa la Calidad de vida en una muestra de 817 mujeres sobrevivientes, diagnosticadas con cáncer de mama con un promedio de 6, 3 años de haberlo presentado, cuyo bienestar físico y emocional era excelente. Los cambios físicos que habían presentado eran: sudoración nocturna, flujo vaginal, menos frecuente y los síntomas más frecuentes era la incontinencia urinaria. Este estudio multivariado reflejan los siguientes resultados:

Quien había recibido terapia adyuvante sistémica (quimioterapia, tamoxifen, o ambos a la vez) (funcionamiento físico, $P = 0,003$; función física, $P = 0,02$; dolor corporal, $P = 0,01$; sociales funcionamiento, $P = 0,02$, y la salud general, $P = 0,03$). Importante resaltar que las participantes afirmaron que la quimioterapia significativamente era un predictor de una pobre calidad de Vida. Las conclusiones fueron que los sobrevivientes de cáncer de mama a largo plazo presentan alto niveles de funcionamiento y de calidad de vida por muchos años después del tratamiento primario, sin embargo los que presentan sintomatología sistémica producto del tratamiento se asocia con un peor funcionamiento en varias dimensiones de la vida. Importante que reconozcamos la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que nuevamente desarrollan la enfermedad y que involucra a la familia a través del estudio Quality of Life of Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members.

Por (Northouse, Mood, Kershaw, Schafenacker, Mellon, Walker, Galvin, Decker, 2002), cuyo propósito fue proporcionar una amplia evaluación de la calidad de vida de las

mujeres con recurrencia, se trata del conocimiento del cáncer de mama por sus familiares al plazo de 1 mes, después enterarse de que el cáncer de mama se había recurrido o progresado; evalúa factores sociales, familiares relacionados con la enfermedad, se midió la calidad. Se trata de un estudio longitudinal, con una muestra de 189, participantes presenta un modelo de selección de los factores de persona guiada, factores sociales, familiares, los factores relacionados con la enfermedad, la evaluación factores, y la calidad de vida.

El estudio midió la calidad de vida con Medical Outcomes Study SF-36 y específica la evaluación funcional del tratamiento del cáncer con tanto genéricos, realizado mediante escalas. Los resultados revelaron diferencias significativas en bienestar físico, funcional y emocional. Los miembros de la familia presentaron alteraciones significativas en su propio bienestar emocional.

Los Modelos de ecuaciones estructurales revelaron que la autoeficacia, apoyo social y familiar tuvieron efectos positivos en la calidad de vida, mientras que los síntomas de angustia, preocupación, desesperanza, y la valoración negativa de la enfermedad o el cuidado tenían efectos perjudiciales. Las variables de estudio representaron cantidad considerable de variación en los pacientes, familiares y las dimensiones físicas y mentales de la calidad de vida de los miembros. (72% a 81%).

Contrariamente a los resultados observados en los estudios de pacientes con cáncer de mama recién diagnosticados y Conyugues, se encontró poca relación entre el recurrente de la calidad de los pacientes y familiares. Se concluye en el estudio que las mujeres con cáncer de mama recurrente necesitan de programas para ayudarse con los efectos graves de la enfermedad que interfieren en su calidad de vida.

Los programas deben incluir a los miembros de la familia para ayudar a contrarrestar los efectos negativos recurrentes en su salud mental, y para que puedan seguir los cuidadores como eficaces.

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

3.1 MODO DE INTERDEPENDENCIA DE CALLISTA ROY

La adaptación está influenciada por la integración de la persona con el ambiente, siendo un proceso contributivo en el cual la persona con problemas de salud se prepare progresivamente para los procesos relacionados a los cambios que acompañen al desarrollo de dicha enfermedad. Los procesos de afrontamiento y adaptación son definidos como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia” (Roy, 2007).

Al Iniciar el desarrollo de este tópico es importante resaltar los supuestos del Modelo de Adaptación de la Doctora Callista Roy, en los que se basa esta investigación y que explican el comportamiento de la mujer con cáncer de mama en relación al modo adaptativo de interdependencia de Roy, definido como el sistema de las relaciones que incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia, la cual se puede dar a nivel individual y grupal (Roy, 2008).

En la Adaptación en las mujeres con cáncer de mama, es un proceso complejo, porque se afronta a los múltiples desequilibrios que afectan la dimensión física, mental y social de esta mujeres (Londoño, 2009), por tanto, en esta investigación se tratará de explicar este comportamiento, basado en los supuestos y proposiciones del Modelo de Callista Roy, referentes al modo de interdependencia y que a continuación se mencionan:

- El sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia. (Roy, 2009).

- El afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo. (Roy, 2009).
- Las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los procesos cognitivos y emocionales (Roy, 2009).

3.1.1 Supuesto: El sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia. (Roy, 2009)

El cáncer de mama es una patología que afecta la anatomía e imagen de la mujer, porque produce cambios físicos y fisiológicos en la persona que la padece. Por lo tanto, al comprometerse la salud, se amerita satisfacer la necesidad biológica que han sido delimitada por la enfermedad y la forma en que una persona afronte y alcance la adaptación ante los cambios, dependerá su grado de recuperación hasta lograr la estabilidad integral.

Desde la perspectiva del modelo de adaptación de Roy en el modo de interdependencia individual y grupal se desarrolla la capacidad del contexto social al relacionarse con otros; y también a nivel individual. Desde este último se accede al conocimiento, se recibe el cuidado, se maneja emociones positivas a su favor, y se desarrolla un juicio de interrelación que le puede suministrar amor y afecto, sobre todo desde la perspectiva holística como persona, en consecuencia, esto evita una conducta desintegradora hacia el logro de la interdependencia y a favor de su sobrevivencia con calidad, contrarrestando las posibles respuestas negativas que inversamente deprimen o limitan la calidad de vida en la lucha contra el cáncer.

Desde la perspectiva de la interdependencia individual la persona enferma con cáncer debe verse a sí misma, tener una completa realidad de su enfermedad, debe asumirla, afrontarla

y adaptarse a ella y a todos los cambios, de tal forma que pueda tener respuesta eficaz a la terapéutica e intervenciones de enfermería. Roy y Andrews, (1999), refieren que en la medida en que el paciente conoce y controla lo que está sucediendo y se apropia de su realidad retoma su poder interno, permitiéndole tener autonomía dentro de sus limitaciones, le permite entender su pasado, asumir su presente y prever su futuro.

La enfermera debe conocer el significado y facilitar la comprensión del modo de interdependencia; el cual es definido por Roy como las relaciones más cercanas de las personas, con el objetivo de satisfacer las necesidades de afecto, desarrollo y recursos para lograr una relación integral. Es por ello, que las intervenciones de enfermería deben ser efectivas en su relación de interdependencia con cuidados humanos e integrales para obtener mayores perspectivas de una calidad de vida, especialmente en pacientes comprometidos por enfermedades crónicas como lo es el cáncer. Por tanto, las intervenciones de enfermería deben estar basadas en mantener la adecuación de los procesos cognitivo y regulador, ya que al realizarse un buen manejo en las intervenciones de enfermería, aunado a la interdependencia familiar y de apoyo social, para que las pacientes puedan tener respuestas adaptativas y obtener respuestas positivas evidenciadas en la calidad de vida de la mujer.

La adaptación es experimentada a través de la satisfacción y las interrelaciones entre otros y el ambiente (Roy, 2009). La adaptación está influenciada por la integración de la persona con el ambiente.

Partiendo de lo anterior (Andrews y Roy, 1991), la interdependencia de los individuos tiene el propósito de lograr integridad relacional de la necesidad básica de afectividad; promoviendo el desarrollo que hace crecer a los individuos como miembros de una familia y sociedad, donde la interacción o apoyo social característico en el modo de

interdependencia se suman a elementos importantes para la sobrevivencia y recuperación de la salud de pacientes, donde la privación de afecto aporta negativamente en perjuicio de la salud.

Cabe decir que de llegar la mujer con cáncer de mama a una etapa de vida con calidad, e independencia para satisfacer sus necesidades biopsicosociales, demuestra una condición cambiante de ser humano adaptativo, que demuestra habilidades positivas para manejar situaciones difíciles, y que ha tenido el apoyo socio afectivo que revela una interdependencia que le ha fortalecido como ser humano, donde el enlace paciente, familia y sociedad están interrelacionados en la lucha contra el cáncer.

Al aplicarse el modo de interdependencia en forma integrativa se está obteniendo una fortaleza biopsicosocial y espiritual para afrontar las vicisitudes que ocasionan las enfermedades crónicas como el cáncer, al adoptar comportamientos positivos que guían una adaptación positiva.

En resumen Roy reconoce que las relaciones interdependientes, implican la voluntad y la capacidad de dar y aceptar de otros; aspectos de todo lo que uno tiene especialmente, el amor el respeto, el valor, la crianza, el conocimiento, compromisos, habilidades, posesiones materiales, tiempo y talentos. Las personas que demuestran interdependencia adaptativa tienen un balance confortable entre sus necesidades, la afiliación o de la dependencia y el logro o la independencia. Ellos han aprendido a vivir con éxito en un mundo de otras personas.

3.1.2 El afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo. (Roy, 2010)

Para las personas, esta necesidad se satisface a menudo a través de la interacción con los otros significativos y sistemas de apoyo procesos básicos del modo de interdependencia individual, la cual es concebida como la relación cerrada para el individuo, estrechas relaciones de las personas destinadas como satisfacerlas necesidades de afecto, en el cual sobresalen la adecuación y suficiencia de desarrollo afectivo, lo cual influye para planificar cuidados en enfermería desde la perspectiva de Roy, tomando en cuenta al individuo como parte de la sociedad.

Por otra parte, la interdependencia grupal se centra en una estrecha relación de las personas con la sociedad, enfatiza que la integridad relacional significa el sentimiento de seguridad en las relaciones con los demás y con el medio ambiente, cuando es aplicada a nivel grupal se tiene una sensación de seguridad que se experimenta a través de las relaciones mutuas y satisfactorias con los demás y con el medio ambiente.

El cáncer de Mama es una amenaza latente para la salud de las mujeres de 30 a 50 años, la forma como las mujeres afronten las etapas de diagnóstico y tratamiento influirán para la adaptación, estos procesos forman parte esencial para sobrevivencia en el Cáncer de mama; la afectividad dentro de la familia a la par de los tratamientos contra el cáncer influyen para la recuperación progresiva o en el peor de los casos preparase espiritualmente contra los efectos negativos de dicha enfermedad.

Los recursos de apoyo social contribuyen para la satisfacción de necesidades que involucra lo socio afectivo, tal como sustenta Roy (2010), donde el amor y el afecto y los

recursos de apoyo son elementos que al estar presentes favorece el afrontamiento positivo, haciendo que la persona tenga la fortaleza contra la enfermedad a razón que se desarrolla interdependencia con los recursos de apoyo social y de su familia manejando la situación positivamente. En esencia alimenta una perspectiva de interdependencia familiar, con sentimientos positivos de espíritu de lucha contra el cáncer experimentándose una atmósfera de comportamientos positivos, encaminan la sobrevivencia.

En relación a lo anterior tenemos el estudio realizado por Mesquita, Magalhaes & Da Silva; Carvalho, Fernández, Mota, (2007) sobre el “*Comportamiento de la familia ante el diagnostico cáncer de mama*”, se identificaron los estímulos focales y la confrontación de las personas ante la enfermedad; como resultado prevaleciendo el sentimiento de miedo, como comportamiento ante el diagnostico, demostrándose que la relación afectiva de la familia influye para el comportamiento ante el diagnostico que pone en riesgo la vida.

Además, la familia realiza acciones relacionadas con el afecto, el amor; que favorecen guardar la calma, mantener la seguridad, realización de reuniones familiares, compartir actos de fe, manifiesto de la creencia en Dios, a través de oraciones, frecuentar iglesias. Lo anterior sustenta como el amor, afectos y recursos provenientes de la familia favorece a que el paciente asuma su realidad y sea eje central, siendo este planteamiento congruente con lo propuesto por Roy, donde refiere que el afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo, (Roy, 2010).

Indudablemente al cultivar comportamientos positivos se influye positivamente en las personas, vivenciado en una enfermedad crónica, como es el cáncer de mama, junto con los amigos y familiares se cultiva a lo largo de todo el proceso de afectividad, sentimientos

arraigados en la esperanza, marcando un camino de lucha para sobrevivir, sin embargo, de no tenerse la relación de familia, amigos, y apoyo de redes sociales; la persona experimenta sentimientos de tristezas, y depresión, las cuales exigen reforzamiento psico-afectivo por cultivar respuestas más eficaces, (Roy, 2001).

Por otro lado, las mujeres expuestas al evento traumático del diagnóstico, aunado a un tratamiento que afectan su equilibrio, obedece a un proceso de adaptación influyente en los escenarios sociocultural, donde el apoyo social y los imaginarios simbólicos sobre el significado del cáncer facilitan u obstaculizan la adaptación. Por lo tanto, en el caminar de la enfermedad, la enfermera debe lograr un equilibrio en la paciente, de tal forma que pueda lograr respuestas eficaces, debe estimular el acompañado a través de la afectividad familiar y la ayuda de redes sociales, con la finalidad de que pueda superar los momentos de crisis, con amor, compañía y recursos; hasta una etapa donde se fortalece el espíritu de lucha con adaptación positiva, encaminada a la recuperación de la salud.

El apoyo social es un recurso psicosocial y espiritual que contribuye a la adaptación de mujeres con cáncer de mama, a razón de los efectos traumáticos de esta enfermedad en la imagen corporal, desempeño de rol, por lo que el personal de enfermería deberá influir para la adaptación positiva minimizando la afectación emocional, creando un ambiente interactivo con relaciones interdependientes, donde se fomente la mentalidad positiva. Congruente con “el mejor remedio que le ayuda a uno a salir adelante es tener una mentalidad positiva”. (MM20). , congruente con Pryds (2000), quien afirma que cuando las mujeres toman la decisión de seguir viviendo no se dan por vencidas“. Desde este pensamiento tenemos a Le Comté (2004), al hacer referencia que la motivación que ofrece la familia

permite otorgar sentido a la vida en toda clase de experiencias y brinda razón para continuar viviendo y luchando.

En contraste con lo anterior Paiva et. al., 2002, menciona que el mayor desestímulo se anida en la convivencia marital o familiar permeada por descontento, falta de apoyo, comprensión, ausencia de diálogo, o de afecto, apoyo, comprensión, falta de ayuda. En ese ámbito se destacan las interferencias sexuales femeninas que estar direccionadas con la imagen corporal, pero afectada negativamente a razón que no está dando una interacción positiva que promueva una recuperación, muy por el contrario pueden retrasar los resultados dados el grado de ansiedad que provoca en la paciente el no tener el apoyo y comprensión de su pareja.

El estudio sobre adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama realizado en México realizado Leyva, Solano, et. Al (2012) sustenta que el proceso de adaptación debe ser fundamentado bajo bases de la familia de las condiciones de vida, estado de salud, contexto socio cultural, aportando al conocimiento del cuidado que motive el deseo de vivir, por añadidura con participación del familiar cuidador, y la enfermera en su interdependencia con la familia y paciente.

Otro elemento que fortalece el modo de interdependencia es la espiritualidad, el estudio Espindula, Rainier et. Al. (2010), sobre Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud, reafirman que la religión es inherente a todo ser humano, consideran la protección divina y reconocen la religiosidad como sustento y confort para el paciente y sus familiares puedan enfrentar la enfermedad.

3.1.3 Supuesto: Las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los procesos cognitivos y emocionales.

Existen mecanismos reguladores que responden a través de canales neurológicos, químicos y endocrinos, además de los mecanismos reguladores relacionados con los aspectos cognitivos (Roy y Andrews, 1999). Ambos actuando juntos se convierten en procesos integrados, trabajan como un todo para describir las estructuras y funciones de los procesos vitales que intentan satisfacer las necesidades humanas para establecer la salud, durante las fases de la enfermedad y dar como resultado una respuesta adaptativa.

Desde el mecanismo cognitivo se trata de explicar el comportamiento emocional, el procesamiento perceptual, el procesamiento de la información, y el procesamiento del aprendizaje, juicio y emoción de las personas con problemas de salud.

Ciertamente visualizamos que una mujer sobreviviente al cáncer de mama en su entorno ha sido rodeada de condiciones que han contribuido a una recuperación positiva, lo cual demuestra una integración de los subsistemas relacionados con el control, sobre los estragos de la enfermedad, la fuerza del poder mental, de emociones manejadas con optimismo, espiritualidad y apoyo emocional, fortalecidas por quienes le rodean, de ahí que trasciende al modo adaptativo de interdependencia presentado por la Dra. Callista Roy en su modelo.

Leyva, Solano, et. Al. (2011) en su estudio de tipo descriptivo, concluye que las mujeres con Cáncer de Mama se adaptan y afrontan su problema de salud, con un nivel de adaptación integrado y compensatorio pudiendo distinguir que donde presenta dificultad es en el modo físico o fisiológico.

Esta investigación tiene un enfoque psicosocial, donde se hacen ajustes de afrontamiento, contra los desequilibrios físico, mental y social que al ser superados se tiene adaptación y manteniendo un nivel de vida estable en su entorno, lo cual favoreció la respuesta adaptativa.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 FUNDAMENTO FILOSÓFICO

La investigación se direcciona en el desarrollo del ser ontológico, valorando las cualidades, condiciones humanas que prepare la fusión del ser a través de la sensibilidad humana, y el conocer del fundamento científico, guiando hacia una búsqueda de la verdad, donde la calidez humana, el trato, la escucha activa y los valores fundamentan el deseo de vivir.

Por otra parte es importante fundamentar la investigación con una base teórica; siendo Landreros (2009) quien describe el siguiente razonamiento: "la teoría de enfermería (como ciencia biológica) tiene el propósito de explicar o describir los fenómenos de cuidado de la salud, mediante el apoyo teórico y el número de eventos favorables, es decir, la evidencia se acumula, se contrasta y se verifica en diferentes escenarios, al describir, explicar, predecir y prescribir teorías, lo cual es lo esperado como apoyo al desarrollo científico.

4.1.1 Positivismo

Puesto que esta investigación está basada en los planeamientos del modo adaptativo de interdependencia de Roy, la corriente filosófica que guía esta investigación es el Positivismo Lógico, una de las corrientes que guía la investigación de la relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida.

Esta corriente es propia del siglo XX¹, caracterizado por la razón del ser humano capaz de entender a cabalidad la lógica en la interacción de la realidad de mundo (Da cuesta, 2010); donde existe la relación del objeto y sujeto, lo medible a través de lo empírico; y el

idealismo situado dentro de la racionalidad clásica, que nos lleva a concebir que la naturaleza es entendible con el principio de universalidad, Flórez et al (2007).

En esta investigación se tiene proyectado medir si el modo de interdependencia influye en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, donde éstas manifiesten estar estables en su salud.

En la práctica de enfermería diariamente necesita la evidencia científica para contrastar los resultados con otros para generalizar y mejorar la calidad de los cuidados otorgados a los usuarios. Es en estos momentos, cuando los resultados de la investigación pueden ser verificables o reproducibles, y en ciertas condiciones adquieren veracidad, de acuerdo a ello se formulan leyes permitiendo las generalidades científicas, es en esta instancia donde se plantea la contribución fundamental del positivismo; el aplicar el modelo teórico desde una raíz filosófica induce a que el quehacer del cuidado sea objetivo, cuantificable.

4.1.2 Humanismo

Esta investigación tiene influencia de la corriente filosófica del humanismo, de influencia naturalista. Hemos encontrado en Bernardino Telesio, quien presenta un enfoque humanístico, encontramos su enlace en las raíces del constructo modo de interdependencia, por sus planteamientos humanos, de interacción socio afectiva, complementada por una influencia humanística, espiritual, con enfoque humano, y el conocimiento del ser, donde el hombre no puede desligarse de su entorno dinámico, compartiendo lo percibido por sus receptores, donde las personas interactúan unos con otros y no pueden estar aislados dentro de su entorno social. (Geymonat, 1998).

Por otra parte esta corriente humanística enfoca el cultivo de la virtud, la sabiduría del cuerpo y el alma e interpreta la religión como un esfuerzo del hombre para perfeccionarse; lo cual enraíza valores que alimentan sentimientos y afectos, ya que el acepta y brinda afectos, estando en contacto con familia y la sociedad fortalece efectos positivos, que le proveen satisfacciones dentro de su entorno social.

Es importante el sustento teórico de esta investigación, resaltando los principios filosóficos del modelo de adaptación que sustentan la investigación, que están relacionados con el humanismo, corriente filosófica y psicológica que fundamenta el modelo de adaptación de la Dra. Callista Roy, en la cual se considera esencial conocer y valorar todas las dimensiones de la persona. Roy sostiene que las personas como individuos o en grupos comparten un poder creativo, tienen un propósito para su existencia, poseen un holismo intrínseco, buscan mantener la integridad y se dan cuenta de la necesidad de establecer relaciones con los demás, fundamenta la investigación al considerar la calidad de vida en su conceptualización multidimensional como ser biopsicosocial y espiritual; considerando su entorno, en sus relaciones con seres significativos y redes sociales.

Importante señalar que el término veritivity es acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana, en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios. (Roy & Andrews, 1999).

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo Correlacional trasversal. Descriptivo, porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno

analizado (Hernández, Fernández & Baptista, 2010); y en esta investigación, permitirá describir los fenómenos que han acontecido alrededor del entorno socio cultural y demográfico de las mujeres con cáncer de mama, en una esquematización de variables descriptivas, facilitando hacer generalizaciones de las características observables.

Es correlacional porque tiene la finalidad de conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o en un concepto en particular (Hernández et al, 2010), en este caso se correlacionará las variables Modo de Interdependencia y calidad de vida; a razón que ameritamos determinar el grado de relación entre ambas, probando en una realidad objetiva, cuántica como el Modo de Interdependencia significativamente medible es capaz de influir para la sobrevida con calidad en mujeres con cáncer de mama; y según el tiempo de ocurrencia.

Es transversal por no considerar el tiempo como una variable de seguimiento a los cambios, no medir efectos o factor de riesgo o variable causal.

Formula de correlación canónica aplicable en esta investigación.

$$Y_1+Y_2+Y_3+.... . X_N=X_1+X_2+X_3.... . + X_n$$

4.3 CORRELACIÓN CANÓNICA

Es el método más generalizado de la familia de los temas multivalentes. La correlación canónica lineal. Su objetivo es cuantificar la validez de la relación, en este caso entre los dos conjuntos de variables (dependiente e independiente), es una extensión de la correlación múltiple, es en resumen una técnica para analizar la relación entre dos conjuntos de variables. (Hernández, 1998).

Según Badii et al, 2007, el análisis de correlación canónica permite la asociación entre conjunto de variables, maximiza la correlación entre combinaciones lineales, o valores teóricos canónicos, los cuales son el conjunto de variables dependientes e independientes.

Cabe agregar que la correlación canónica es considerada como el modelo general en que se basan otras técnicas multivalentes, dado que se pueden emplear tanto datos métricos como isométricos para variables dependientes como independientes. (Badii, M. H., J. Castillo, & K. Cortez, A. Wong & P. Villalpando, 2007), la forma gráfica de representar el análisis canónico es. $Y_1 + Y_2 + Y_3 + \dots + Y_n = X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n$. El grupo de variables que conforman el modo de interdependencia se representan la variable independiente predictoras con sus dominios o factores, y el variable dependiente la calidad de vida.

Coincidente los planteamientos con Cuadras (2014) refiere que cuando existe una variable o criterio llamada endógena o dependiente (Y) y que se pretende explicar por un conjunto de variables predictoras, también llamadas exógenas o independientes (X), se realiza mediante el modelo de regresión simple.

Su objetivo es cuantificar la validez de la relación, en este caso los dos conjuntos de variables (dependiente e independiente. Importante reconocer que las variables canónicas, la variable independiente (X) predictoras representada por el modo de interdependencia, la cual es medible por el cuestionario MOS-SSS; y la variable dependiente llamada calidad de vida, medida por el instrumento de calidad de vida es la variable respuesta (y).

Figura5. DISEÑO DE LA RELACIÓN

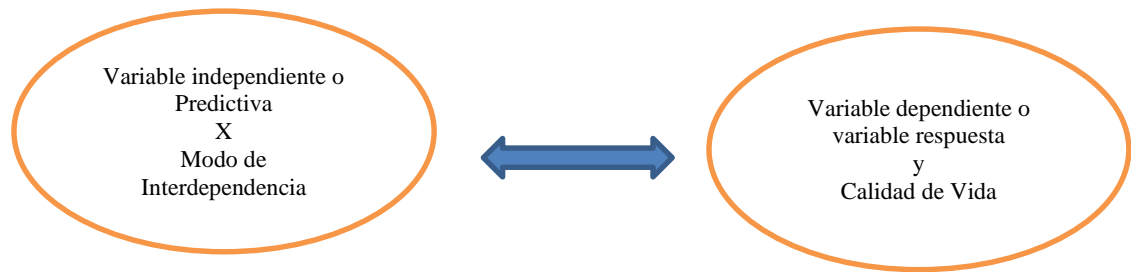
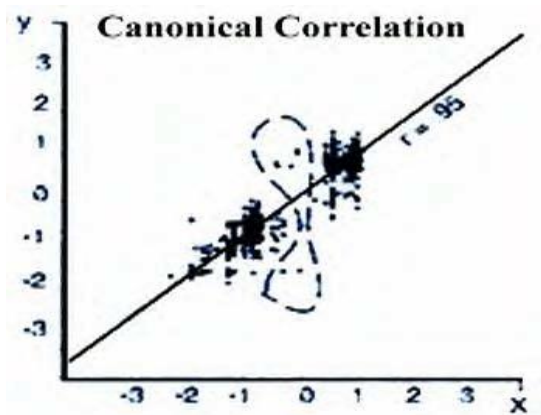


Figura 6 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA CORRELACIÓN CANÓNICA



Variables: X modo de interdependencia

Fuente: Badii et al, 2007. y = Calidad de vida

4.4 POBLACIÓN

La población de este estudio considera todas las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que tengan más de un año de haber terminado el tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama, que asisten a la consulta externa del Instituto Oncológico Nacional y que en la actualidad reciban controles evaluativos. Considerados del 1 diciembre 2015 al 30 de mayo 2016, que correspondió a 100 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, de las cuales fueron seleccionadas 75.

4.5 MUESTRA

El tipo de muestreo es probabilístico al azar donde todas las mujeres con cáncer de mama que asistan a la consulta externa del Instituto Oncológico Nacional que cumplan con los criterios de inclusión, tuvieron igual Oportunidad de participar, congruente con lo afirmado por (Sampieri, 2010).

4.6 TAMAÑO MUESTRAL

Una vez validamos los instrumentos Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama LTQL, procedimos a la aplicación de ambos instrumentos adaptados a la población en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, que acuden a controles de salud, a la consulta externa del instituto oncológico nacional de Panamá.

El tipo de muestreo probabilístico al azar implica que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra. En esta investigación, nos basamos en Johnson & Witchen (2002b), por tratarse de una correlación canónica, la selección de la muestra aritmética será producto de la relación 5:1 tomando de referencia el cuestionario MOS-SSS haciendo un total de 100 pacientes, con el cuestionario MOSS, ambos en mujeres con cáncer de mama. La misma está sujeta a disminuir la cantidad al realizarse la validez de constructo. El tamaño muestral era de 100 participantes, de las cuales 25 fueron excluidas del estudio al momento de la entrevista por las siguientes razones doce (12) por presentar más de una recaída, , cinco (5) manifestaron efectos tardíos a las quimioterapias y no sentirse estables, cinco (5) por ser estadios tres(3) iniciaban nuevamente tratamientos por reevaluaciones médicas.

4.6.1 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión considerados en este estudio serán todas las pacientes que asistan a la consulta externa del Instituto Oncológico Nacional, en edades mayores de 19 años, se consideraron los tres estadios de la enfermedad, con supervivencia mayor de 1 a cinco años, después de haber sido diagnosticadas, que durante el proceso de la enfermedad hayan presentado una recaída, presenten salud estable, y participen voluntariamente una vez se les presente el consentimiento informado.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación cumplirá con lo establecido en el comité de bioética de la República de Panamá, por lo normado por el código de Núremberg y la declaración de Helsinki. Cumpliendo con las normas del código de Núremberg de 1947, prevalece la finalidad de contribuir a la salud de la sociedad con un matiz científico, con consideraciones humanas, por tal motivo durante la entrevista evitaremos lesionar o causar daños innecesarios a la salud biopsicosocial de la paciente, respetando la privacidad, adoptando las precauciones adecuadas, manteniendo los principios de integridad a la salud humana, sin la remota posibilidad de acelerar procesos que afecten la salud. Esta investigación cumple con los principios éticos del Código de Nuremberg, Tribunal Internacional de Núremberg, 1947, citados por el colegio Médico de Panamá.

1. El consentimiento voluntario del individuo que permite que la persona tenga la capacidad de decidir voluntariamente a participar de la investigación, que en caso afirmativo se debe explicar la naturaleza y duración del estudio.

2. La investigación debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad.
3. La investigación debe ser diseñada y basada en los resultados obtenidos, mediante la experimentación previa con animales y el conocimiento de la historia natural de la enfermedad.
4. La investigación debe ser conducida, de tal manera, que evite sufrimiento y daño.
5. Ninguna investigación debe ser conducida donde haya una razón a priori para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable.
6. El grado de riesgo tomado en la investigación, no debe exceder al determinado por la importancia humanitaria del problema que tiende a ser resuelto.
7. Proveerlas precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.
8. El experimento debe ser conducido, únicamente, por personas científicamente calificadas, durante el curso del experimento.
9. El sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a la investigación si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.
10. El científico debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento si tiene razones para creer en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso. Que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación.

Se cumple con las normas del código bioética de Núremberg, al garantizar la aplicación de los instrumentos por personas calificadas, considerando el bienestar de las participantes, con libertad en la expresión de respuestas, lucidez, y solamente con fines científicos, guardando la ética de lo suministrado.

Partiendo de la declaración de Helsinki, primeramente consideraremos el pleno derecho a participar, donde las mujeres con cáncer de mama seleccionadas al azar recibirán la explicación del propósito de la investigación y tendrá igualdad de derechos al responder a las interrogantes de los instrumentos, dentro de un clima de respeto y consideración al ser humano.

Tenemos la responsabilidad de apoyarnos en un profundo cuerpo de conocimientos, respaldada en una bibliografía científica, con información fidedigna, centrada en contribuir al desarrollo y mejoras en la atención de la salud de la mujer, siempre con la perspectiva de ofrecer mejores alternativas de calidad de vida, aplicando el modo de interdependencia de la Doctora Callista Roy.

Además, la investigación fue sometida al comité de bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá y de la Vicerrectoría de Investigación y Post grado de la Universidad de Panamá. También fue presentado al comité de docencia del Instituto Oncológico Nacional, y ponen en prácticas la ética en el proceso investigativo, autorizando la recolección de la información. (Anexo 14)

Al momento de aplicar los instrumentos se hizo entrega del consentimiento informado, el cual fue diseñado considerando los códigos y comités de bioética relacionadas a las investigaciones en salud del país.

Esta investigación mantiene los principios éticos durante todas las fases de la investigación, teniendo el respeto y el valor al ser humano durante la interacción que se desarrolló mediante la aplicación del instrumentos, para tal efecto se explicaron las expectativas, objetivos y el porqué de la investigación, a fin de obtener la misma libre de estrés, presiones, trasluciendo durante la comunicación que toda información recolectada y después de analizarla se mantendrá en el anonimato, creando un atmósfera de credibilidad y confianza.

Se les orientó a las pacientes que la información sería confidencial, mantenida en el anonimato de los participantes, no compartimos la información arrojada sin consentimiento y permitimos el acceso a los resultados por las personas que han participado como muestra de la investigación si así lo requieran, reiteramos que una vez analizadas las encuestas serán destruidas, evitando riesgos al conocimiento de extraños a la investigación.

4.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica utilizada fue la entrevista directa, aplicando dos instrumentos adaptados en el contexto panameño.

1. El cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer, versión adaptada de Gil, Requena y Salamero, del 2007. (Anexo 17). Sherbourne y Steward, 1996. , autores de la versión original en inglés.
2. The Long –Term Quality of life Instrument for female cancer survivors (LTQL), (Instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer original de los Doctores Gween Wyatt y Laurie Friedman doblado al español

Instrumento para medir la calidad de vida de larga duración en mujeres con cáncer.
(Anexo 19)

Ambos instrumentos fueron llenados tipo entrevista donde el investigador hace la pregunta y llena el instrumento buscando la respuesta del participante.

4.9 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

4.9.1 Instrumento N° 1 MOS. SSS

Cuestionario MOS. SSS de Apoyo Social en cáncer adaptado al español, Gema Costa Requena, Manuel Salamero y Francisco Gil, del 2007, cual valida la versión original en inglés, Medical Outcomes study social Support survey, de Sherbourne y Steward, 1996. , fue seleccionado con el objetivo de aplicar este instrumento adaptado en España, cuya originalidad fue de los autores Sherbourne, Steward, 1991, ha sido evidencias que dado su connotación y esencia de sus ítems.

Validez de constructo: Según Sampieri (2010) se refiere a que un instrumento mide un concepto teórico.

El MOS-SSS versión adaptada de los autores Gema Costa Requena, Manuel Solamero y Francisco Gil, versión español, 2007, cuyo objetivo es medir el apoyo social en cáncer, en la presente investigación para medir el modo de interdependencia de la Dra Callista Roy. . El constructo apoyo social es multidimensional, con un conjunto de dimensiones que recogen aspectos cualitativos y cuantitativos, se refiere a la interconexión de recursos que lo posibilitan, las redes sociales, con sentimientos positivos o negativos, que adquieren las funciones básicas de las relaciones interpersonales en la persona que lo recibe.

Revela la existencia de tres factores con valor propio mayores de uno que son capaces de explicar el 65, 44 % de la variancia global. El primer factor apoyo emocional-informacional explica un 53.27 % de la varianza; el segundo apoyo afectivo un 6.86 % y el tercero apoyo instrumental con una carga factorial de 5, 31 %.

El factor 1 apoyo emocional / informacional los ítems 3; 4; 7; 8; 9; 11; 13; 14; 16; 17; 18, y 19, y correspondería al denominado, el factor 2 apoyo afectivo integrado por los ítems 6; 10, y 20, y. Finalmente, el factor 3 apoyo instrumental está formado por los ítems 2; 5; 12, y 15, respectivamente.

Las correlaciones de cada ítem y el total en apoyo social funcional oscilan entre 0, 57 y 0, 79.

Confiabilidad:

Esta dada en función del valor de alfa de Cronbach para cada ítem. Los coeficientes de correlación de cada ítem y la puntuación global son mayores de 0, 5, lo que evidencia que todos los ítems evalúan aspectos que están relacionados. Las correlaciones de cada ítem y el total en apoyo social funcional oscilan entre 0, 57. y 0, 79 siendo los ítems 2; 5; 6; y 15 los que presentan correlaciones inferiores con el total de ítems. El coeficiente de fiabilidad alfa para el conjunto de elementos del apoyo social funcional es de 0, 94.

4.9.2 Instrumento N°2 LTQL

Instrumento the Long Term Quality of life(LTQL).

El instrumento the Long –Term Quality of life Instrument for female cancer survivors(LTQL) diseñado por las doctora Went Wyatt & Friedman Danze en 1996, Fue utilizado con dos objetivos de mejorar la nueva generación de instrumentos de calidad de

vida en pacientes con cáncer en habla hispana y determinar la calidad de vida que en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en el I. O. N, Panamá en el periodo del 1 diciembre 2015 al 30 de mayo 2016.

El mismo está estructurado en cuatro dimensiones: aspecto somático, aspecto filosófico/espiritual, aspecto de aptitud, y aspecto de soporte social. Este evalúa específicamente la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes de cáncer a largo plazo en varios dominios de la vida. El mismo consta de 34 ítems, cuyas escala original es tipo Likert 0= nada; 1= poco; 3= buena cantidad; 4=mucho, 5= muchísimo.

La validez del contenido: se realizó del instrumento de calidad de vida LTQL original fue evaluada por acuerdo entre evaluadores sobre ítems de escalas sub derivadas de categorías de codificación de escala de grupos focales.

Validez de criterio (concurrente) del instrumento The Long Term Quality of Life Instrument for Females Cancer Survivors.

La validez de criterio o concurrente se evaluó mediante la comparación del LTQL, con las rehabilitaciones de cáncer. Sistema de Evaluación de la Forma corta (CARES-SF), una medida establecida de la calidad de vida. (Schag, Gant y Heinrich, 1991). Se utilizó un valor mínimo de p de 0,002 de significación, para corregir correlaciones previas de. 05: 30=. 002.

Validez de constructo

La calidad de vida en la sub escala somática y la escala total que hicieron los pacientes con extirpación del tumor reveló ($t = 3,73$ p 0,001, $t = 2,38$, $p = 0,05$), Factor somático compuesto por los ítems 5, 7, 8, 11, 12, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 34,

respectivamente. Además las mujeres con cáncer concurrente experimentaron mayores preocupaciones somáticas y baja calidad de vida, en comparación con los que actualmente experimentaban la experiencia

$t = 4,65, p < 0,001$; $t = 1,95, p < 0,05$, respectivamente.

Factor Filosófico /espiritual: 2, 3, 9, 10, 13, 16, 18, 20, 26, 28, 30

Factor Físico, formado por ítems 4, 15, 17, 21, 29.32; y el factor soporte social formado por los ítems 1, 6, 31, 33

Confiabilidad del instrumento LTQL

La versión original de las doctoras Went Wyatt Y Lawrice Freedman presentó el alfa de Cronbach era de 0,78; en otro estudio donde lo aplicaron las mismas autores obtuvo un alfa de Cronbach de 0,77. (Ver anexo 7)

4.10 PROCEDIMIENTOS PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS EN PANAMÁ

Para aplicación de instrumentos, finalmente en la investigación de competencia “Relación que existe entre el modo de interdependencia y la calidad de vida desde la perspectiva de la Doctora Callista Roy”, debemos hacer la validez y confiabilidad en el contexto panameño. , de hecho los pasos de procedimientos a seguir:

Nos basamos en Hamilton (2005), en el desarrollo de las fases del procedimiento para validación de instrumento, cuya versión original está en inglés.

4.10.1 Instrumento Cuestionario de MOS- SSS de apoyo social en Cáncer

El Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer, creado por autores Gema Costa Requena, Manuel Salamero y Francisco Gil una versión original en lengua español, el instrumento se traslada de un país a otro con diferente cultura, por lo cual nos acogemos a la aplicación de una adaptación de instrumentos, la guía para la validación de instrumentos propuesta presentada por Arribas, 2006. Se cumple con el proceso de traslación, considerando el propósito y objetivos de la investigación.

Nos fundamentamos en la guía traslación de Arribas (2006), el cual fundamenta la evaluación del instrumento escrito en el mismo lenguaje:

1. Se utilizan dos traductores calificados independientes expertos en validación de instrumentos, permitiendo la detección de errores e interpretaciones erróneas, por lo tanto se entregará a dos profesoras de la facultad de enfermería experta para la comprensión de los ítems en el contexto panameño.
2. Retroslación: empleando personas que dominan correctamente el español, quienes revisarán el instrumento original y harán sus observaciones sobre la redacción y medición de los ítems. En el instrumento se entregará a un profesor de español para que revise la redacción.
3. Comité revisor: expertas validaron el instrumento en el contexto cultural de Panamá, haciendo comparaciones del instrumento con la original, aplicando técnicas estructuradas para limitar diferencias, verificando la equivalencia transcultural de la versión original y la nueva, se hará considerando 3 miembros para que participen en el comité revisor.

4. Pre testeo: Validación del instrumento mediante un chequeo de los ítems por expertos.
5. Peso de la puntuación, se considera la validez de la adaptación de la puntuación original al contexto cultural.

Los resultados del instrumento son presentados en tabla de validez facial o aparente, lo cual emite que la forma como están redactados los ítems del instrumento son comprensibles por la población de mujeres con cáncer de mama de Panamá, observable en la tabla.

Validez de contenido

Se realiza con la participación de tres enfermeras expertas en investigación, siguiendo las recomendaciones de Tristán (2007b), quienes aplican la valoración de mucha pertinencia y no pertinencia.

Confiabilidad

Para medir la confiabilidad de ambos instrumentos, tanto del instrumento adaptado de calidad de vida en mujeres con sobrevida al cáncer LTQL de las Dras. Gween Wyatt y Laurie Friedman y del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer se siguieron los siguientes pasos:

- Se capacitaron dos enfermeras y un enfermero para aplicar instrumentos para la confiabilidad residentes en las provincias de Coclé, Herrera, y Los Santos, dado que para Veraguas lo hace la investigadora principal;

- Se les orienta sobre los criterios que identifican a los pacientes con características similares a la muestra del estudio.
- Se hace entrega de 25 formularios de cada uno de los instrumentos, Orientados primordialmente de leer el consentimiento informado previo a la entrevista.
- Orientamos sobre que el paciente debe tener salud estable y haber culminado el tratamiento en el oncológico, que asistan a controles periódicos de salud, que pudieran estar hospitalizados, pero por otras causas que no fuera el cáncer, o asistir a la clínica de evaluación oncológica y que hubiesen sobrevivido de 1-3 años, con cualquier tipo de cáncer para efecto de la confiabilidad.
- Se les entrega en diciembre para recoger a finales de febrero.

4.11 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Habiendo obtenido los permisos de los cuales disponemos de autores/as de los instrumentos, nos disponemos a cumplir con las consideraciones a los autores (Hamilton, 2005; Arribas, 2006) seguiremos los pasos y guía para validación de ambos instrumentos en el contexto panameño.

Para la recolección de la información se capacitaron aplicadores, y se capturaron datos de pacientes que acudieron a evaluaciones anuales al Instituto Oncológico Nacional, (ION), de Panamá, que habitaban en provincias centrales como: Herrera, Coclé, Los Santos y Veraguas, las mismas fueron captadas en consultas externas de centros hospitalarios y controles de salud en el Instituto Oncológico Nacional. Se aplicó el instrumento a una

muestra de 100 personas quedando reducidas a 82 personas, las cuales pudieran ser captadas en centros de salud o consultas externas de atención a pacientes con cáncer.

Se considera a los encuestadores capacitados, los cuales se les orientó sobre el llenado correcto de los instrumentos, con los objetivos de la investigación enfatizando, el acceso correcto a la información, de manera tal que pueda ser procesada en forma objetiva.

Se les realimentó sobre las consideraciones éticas planteadas en esta investigación.

Fue aplicado un pos test una vez terminada la orientación y se evidencia en el área llenado correcto el instrumento, lo cual garantiza una recolección que cumple con los objetivos trazados.

Para la validación de instrumentos procedimos a la recolección de los datos para las pacientes que asistían a consulta externa de hospitales de provincias centrales que recibieran controles o evaluaciones de salud en el Instituto Oncológico Nacional y que cumplieren con los criterios de inclusión especificados en la muestra, hospital Aquilino Tejera, consulta externa en el centro de salud de Santiago, y Los Santos, Anita moreno, para ambos instrumentos; el resto fue entrevistado en la consulta externa del Instituto Oncológico.

Una vez probada la validez y confiabilidad de instrumentos y dando origen a la versión adaptada de ambos instrumentos, se aplica la entrevista directa para el llenado de los datos del MOS-SSS Y LTQL, ambos a la muestra de 75 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, de igual manera la encuesta socio demográfica a las pacientes con cáncer de mama que cumplieran con los criterios de inclusión, con la colaboración de aplicadores capacitados, en la consulta externa del Instituto Oncológico Nacional (ION).

4.11.1 Instrumento de Calidad de vida para las sobrevivientes de cáncer a largo plazo LTQL.

Fase 1 Adaptación de los instrumentos: Primeramente se solicita permiso a la doctoras Gwen Wyatt y Laurie Friedman Danze para traducir el instrumento y utilizarlo en versión en español, obteniendo la aprobación de la Dra. Wyatt. El Long Term Quality of life Instrument for females cancer survivors, por las doctoras Gwen Wyatt y Laurie Friedman Danze versión inglés; en español, (ver anexo 7) según Hambleton (2005).

Fase Traslación: julio 2014 Se efectúa selección del instrumento de la versión inglés al español por tres expertas profesoras de la facultad de Enfermería que dominan el idioma inglés, las cuales emitieron su juicio crítico que el instrumento estaba relacionado a los objetivos de la investigación, y que la calidad de vida estaba contemplada en el cáncer de hecho, el fenómeno es cáncer de mama.

- Proceso de traducción seleccionamos una traductora profesional calificada, eligiéndose un adecuado diseño de traducción y la realización de correctivos pertinentes. En la primera adaptación del instrumento versión inglés, se hizo la interrogante de un ítems repetido el No 23.
- Luego de traducido el primer instrumento en español se traduce al idioma original, inglés y enviado sus autores, la cual hizo la aclaración del ítems correspondiente a la interrogante, quien autoriza la aplicación de la investigación en Panamá.
- Posteriormente el instrumento en inglés se traduce por traductores calificados, versión inglés, cada traductor de forma independiente, por dos traductores con

amplio dominio del idioma inglés, según establecen *Lippincott& Williams* (2002).
traductora en inglés Profesora Edith Quijano.

- Luego se hizo el compendio de ambas traducciones al español por la investigadora, con revisión de la experta asesora.

El proceso de traslación se realiza al traducir el instrumento, producto del compendio nuevamente al idioma original, inglés, por profesora experta con idoneidad de traductora, se envía a la Dr. Wyatt, con el fin de obtener la autorización de la nueva versión, obteniéndose el respectivo permiso. Ver anexo (8)

Fase de Validez Facial o Aparente:

- Evaluación crítica de expertos para emitir juicios sobre la redacción de ítems si es comprensible en el lenguaje panameño, para tal efecto, entregamos el instrumento en español a tres expertos docentes de la universidad de Panamá del Centro Regional Universitario de Azuero, una docente de salud de adultos, uno de salud mental y una de administración, con la finalidad de revisión de ítems, para determinar si es comprendido en el contexto panameño; por tal motivo se instruye sobre el objeto de validación y le entregamos los respectivos formularios.
- Análisis de los expertos: Una de las docentes hizo la observación que el N0 12 está muy parecido al 23, finalmente se hace la aclaratoria y se mejora la redacción, siguiendo la experticia de recomendaciones dela Dra. Wyatt, dado que otra versión tenía la corrección.

4.11.2 Validez convergente en el medio

Algunos ítems están presentados en tiempo presente y el estudio contempla la condición de salud actual, pero considerando características y condiciones de la calidad de vida. Dentro de esta fase también consideramos Validación analizando la comprensión de la redacción de ítems en español por mujeres que hayan desarrollado cáncer de mama en un lenguaje accesible a su entorno cultural, habiéndose analizado que algunos ítems 7, 11, 14, 19, 22 23 24; 24, 26, 31, 33 negativos, en su esencia no indican salud; los ítems están redactados sin estar agrupados por dominios. , es decir agrupados por afinidad.

4.11.3 Validez de contenido

Se somete con cuatro profesores investigadores expertos, siguiendo las recomendaciones de Lawshe (1975 en Tristán 2007b), quienes aplican la valoración de mucha pertinencia y no pertinencia. (Ver resultados en análisis de datos).

4.11.4 Prueba preliminar de ajuste

Por las razones expuestas de ítems considerando la adaptación cultural se iniciarán los procesos de ajustes al considerar los resultados obtenidos, para finalmente quedar el instrumento adaptado en español en Panamá.

Para la recolección de la información nos asistimos del Instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama LTQL, adaptado al contexto panameño, basada en 30ítems. Ver anexo 18.

Una vez son validados los instrumentos Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer, y el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama,

LTQL, procedimos a la aplicación de que acudan a controles de salud, a la consulta externa del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, desde 1 diciembre 2015 al 30 de mayo 2016. Posteriormente se realiza pasantía en la University of South Florida College of Nursing, en Tampa, Florida en septiembre a octubre 2016, donde se plantea el análisis de la adaptación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer empleado para medir el modo de interdependencia y el Instrumento de calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama LTQL y se corroboran el logro de objetivos.

4.12 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ANÁLISIS DE DATOS.

Para la realización del análisis de la información, producto de las encuestas, será procesada a través de programas computacionales Excel, SPSS.

Una vez recogida la información construimos la base de datos en Excel, la cual está conformada de las variables socio demográficas, lo cual facilitó el análisis descriptivo, haciendo uso del SSPS; al haber aplicado los cuestionarios nos permitió hacer un análisis comparativo en estadísticas de tendencia central y de dispersión.

4.13. MARCO DE ANÁLISIS DE DATOS

Se aplica la encuesta de variables socio demográfica y médica, haciendo uso de la estadística descriptiva, tablas de frecuencias y percentiles, en asociaciones de variables.

Los instrumentos adaptados, cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama LTQL.

En el análisis de variables sociodemográfico y médicas hacemos uso de la estadística descriptiva, tablas de frecuencias y percentiles, en asociaciones de variables, estadística

inferencial. , emplearemos la correlación canónica y el análisis de correspondencia el cual será aplicado en el análisis del LTQL adaptado en aspectos positivos y negativos en el análisis de las variables cualitativas que lo conforman.

Figura 7. Nivel de medición y Descripción de las variables del estudio

Variabes del estudio	Escala de medición	Estadística aplicada	Hipótesis – Estadística inferencial
Modo de interdependencia (MOS-SSS)	Likert variable categórica, ordinal	Descriptiva: media, moda, desviación estándar, moda media varianza, percentiles	Si cuadrado de Pearson Regresión lineal correlación canónica
Calidad de vida (LTQL)	Likert variables categoría ordinal	descriptiva: media, moda, desviación estándar, moda media varianza, percentiles	Shi cuadrado de Pearson Regresión lineal Regresión lineal correlación canónica

Fuente: Instrumentos adaptados cuestionario MOS-SSS- Calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama.

Figura 8. Nivel de medición de variables descriptivas: sociodemográficas- médicas. de encuesta aplicada en el Instituto Oncológico Nacional Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.

Variables	Escala de medición	Estadística aplicada
Edad	continua	
Sexo	Nominal	descriptiva: media, moda, desviación estándar, moda media varianza
Escolaridad	ordinal	percentiles
Estado civil	polinómica	percentiles
ingreso mensual	continua	Frecuencia
Religión	Polinómica	Percentiles
número de miembros de la familia	continua	distribución de frecuencias
apoyo de red social	Dicotómica	percentiles
Estadio en que fue diagnosticado el cáncer	Polinómica	Percentiles
estado de salud	Polinómica	percentiles
independiente para realizar sus actividades	Dicotómica	percentiles
Requiere ayuda de otras personas	dicotómica	percentiles

4.14 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.14.1 Procedimiento estudiado para la descripción de los datos obtenidos en el instrumento MOS-SSS.

El MOS-SSS que consta de 20 ítems de las cuales diez y nueve (19) son cerrados y una (1) abierta. Se realiza de la siguiente manera: los ítems fueron agrupados en 5 factores mediante el análisis factorial llamados “Informacional” con los respectivos ítems: 3, 4, 16, 17, 18, 19 en una escala de 5 puntos. De 1 nunca, hasta 5 siempre, teniendo como puntaje mínimo de 6 puntos y como máximo 30 puntos.

El soporte afectivo con los ítems: 2, 15, 8 y 14 con puntajes mínimos de 4 y máximo de 20 puntos, en el Instrumental están los ítems: 11, 10, 6, 7 y 9 con puntajes mínimos con respecto a la suma de estos 5 ítems de 5 y como máximo 25, el cuarto factor emocional, espiritual está formado por las preguntas: 20 y 13 y el último factor interacción social: las preguntas 12 y 5 con puntajes para estos dos últimos de 2 puntos como mínimo y 10 como máximo. Luego que tenga los factores subyacentes establecidos, que por lo regular van a ser menor en número al de ítems. Una de las cosas que podemos hacer como segundo paso, es que habiendo establecido los factores y sus correspondientes ítems (preguntas), será calcular la proporción o razón porcentual de la suma de los puntajes de los ítems que conforman el factor y determinar en la escala en que fueron medidos. Para ello podrías calcular la razón de porcentual por ítems con la siguiente fórmula

$$\text{razón de porcentual} = \frac{(\text{suma de los puntajes de los items} - \text{min})}{(\text{max} - \text{min})}$$

De allí, digamos que tenemos 5 ítems en una escala como mínimo 1, nunca y 5 siempre; de esta manera tendríamos un puntaje máximo de 25 y como mínimo de 5 puntos,

en particular si tenemos una suma de 16 puntos entre los 5 ítems que conforman el factor, tendríamos una razón porcentual de 55%

$$\text{razón de porcentual} = \frac{(16 - 5)}{(25 - 5)} = 55\%$$

De igual manera otro sujeto cuya suma de ítems fuera 25 puntos tendría una razón porcentual del 100%

$$\text{razón de porcentual} = \frac{(25 - 5)}{(25 - 5)} = 100\%$$

Utilizando la escala de 1 hasta 5 y dividiendo en porcentajes como 20%, 40%, 60%, 80% y 100%, pudiéramos clasificar cada valoración porcentual de cada sujeto en la escala de medida original, de esta manera el primer sujeto estaría en a veces y el segundo ejemplo en siempre.

Conforme a los factores logrados con un análisis factorial como respuesta a la escala de las preguntas estudiadas tendríamos así todos los elementos necesarios para transformar nuestros factores originales en escala de nuestro cuestionario; y luego mediante un análisis de correspondencia observar con cual medida de escala se asocia cada uno de ellos.

Para analizar los datos de correlación del estudio multivariado empleamos el análisis de correspondencias, la técnica descriptiva para representar tablas de contingencia, donde recogemos las frecuencias de aparición de dos o más variables cualitativas en un conjunto de elementos, el cual constituye el equivalente de componentes principales para variables cualitativas, Peña (2002).

4.14.2 La función canónica

Se expresará a través de la correlación entre dos variables teóricas canónicas, un valor teórico para las variables dependientes y otros para la variable independiente. Consideremos que la variable calidad de vida es multivariada. Según (Badii, M. H., J. Castillo, & K. Cortez, A. Wong & P. Villalpando, 2007), el análisis de correlación canónica permite la asociación entre conjunto de variables, maximiza la correlación entre combinaciones lineales, o valores teóricos canónicos, los cuales son el conjunto de variables dependientes e independientes. De igual manera, a la captura de información sobre variables sociodemográficas y médicas.

Por otra parte, por tratarse de variables de un estudio multivariado Badii et al (2007 b) se aplica la correlación Canónica, considerada de modelo general, en que se basan otras técnicas multivalentes, dado que se pueden emplear tanto datos métricos como isométricos para variables dependientes como independientes **La forma gráfica de representar el análisis canónico es.** $Y_1 + Y_2 + Y_3 + \dots + Y_n = X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n$

Importante es reconocer que las variables canónicas predictoras son: la variable independiente X, representada por el **Modo de Interdependencia**, la cual es medible por el cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer adaptado en Panamá, demostrada su validez y confiabilidad y la variable Y, dependiente **Calidad de Vida**, medida por el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, LTQL versión adaptada al contexto panameño.

4.15 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para probar la prueba de hipótesis, al determinar la relación entre las dos variables nos valemos de la estadística no paramétrica; empleada en variables cualitativas, aplicaremos el Chi cuadrado de Pearson, la cual prueba la relación entre variables categóricas.

La prueba de hipótesis será probada a un nivel de 0,05 niveles de significancia.

CAPÍTULO V

ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS: CUESTIONARIO MOS-SSS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA (LTQL)

5.1 OBJETIVO No 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA.

TablaNº1 Estadística descriptiva de edad en mujeres sobrevivientes al cáncer de Mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.

Estadísticos descriptivos	Valores
Media	54,36
Mediana	54,0
Mola	54,0
Desviación estándar	11,06
Varianza	122,909
Mínima	26
Máximo	88

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

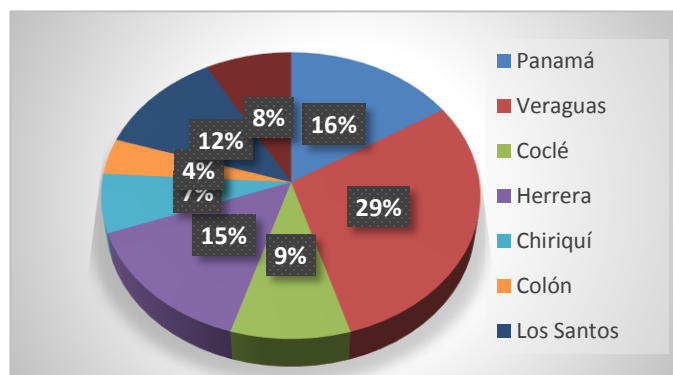
Análisis: El análisis revela en esta muestra de 75 mujeres sobrevivientes al cáncer una media de edad de 54, 36 % años, con una desviación estándar de 11, 06 años, revelando poca dispersión de los datos. También se observa que la menor edad de las mujeres encuestadas fue 26 años y la máxima 88 años. Estos datos son muy similar a lo que se revela en el estudio de Calidad de Vida de Gracia F., 2007 en pacientes oncológicos un año después de haber terminado el tratamiento, mientras que los estudios de Ballet, Mazeau, (2007), obtuvieron edad mínima de 26 años resultados similares con una media de edad de 54 años y el estudio de Fernández, Peláez, (2007), cuya muestra tuvo una media de 53, 9 años con una desviación estándar de 13, 8 años. Estos resultados implican que en esta edad se es vulnerable a padecer de cáncer de mama, siendo una edad productiva. Al tenerse un recorrido de 26- 88 años indica que este tipo de cáncer se desarrolla tanto en mujeres jóvenes como octogenarias.

Tabla N°2. Lugar de Procedencia de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.

Procedencia	Fr	%
Panamá	12	16,0
Veraguas	22	29,3
Coclé	7	9,3
Herrera	11	14,6
Chiriquí	5	6,6
Colón	3	4,0
Los Santos	9	12,0
P Panamá Oeste	6	8,0
Total	75	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Gráfica N°1. Lugar de Procedencia de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.



Análisis: En esta tabla se evidencia la procedencia de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama atendidas en el ION, reflejándose que el 29,3 % de las mujeres proceden de la provincia de Veraguas, con 29,0 %; Panamá con 16,0 % y Herrera con 14,6 %. Esta sobrevivencia en la provincia de Veraguas, consideramos que ha sido favorecida por el seguimiento y planes de control realizados por el apoyo de ANCEC con un grupo de

voluntarios todos centrados en el cuidado y docencia a pacientes oncológicos de bajos recursos económicos y de difícil acceso.

Estas afirmaciones son congruentes con Andrews, (2010), al describir sistemas de ayuda incluyendo la gente, grupos, y organizaciones que se asocian para lograr metas y propósito. En este sentido, es mejorar la calidad de vida de pacientes sobrevivientes al cáncer. Además de que existe una red de apoyo organizada con dedicación de dos médicos ginecólogo y un médico general, que no solo están enfocados a cuidados paliativos, sino a diagnóstico temprano en cáncer.

Tabla N°3. Caracterización Demográfica de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.

Criterios	Fr	%
Estado civil		
Casada	35	46,7
Con pareja	17	22,7
Soltera	11	14,7
Divorciada / viuda	6	8
viuda	6	8
Total	75	100
Nivel educativo		
Primaria	21	28,0
Secundaria	32	42,7
Universidad	22	29,3
Total	75	100,0
Religión		
Católica	67	89,3
Evangélica	7	9,3
Testigo de jehová	1	1,3
Total	75	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Análisis: La tabla presenta resultados sobre el estado civil en 75 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, captadas en un periodo de seis meses donde sobresalen un 69, 40 % de mujeres casadas con compromiso de parejas sentimentales, lo cual es revelador que cuentan con un apoyo emocional afectivo y compañía. Esto les ha fortalecido en el afrontamiento y adaptación al cáncer de mama.

El estudio realizado por Mesisel et al (2012) revela que el 46, 7 % tenían esposos o marido, y un 11 % eran mujeres viudas, separadas o divorciadas. . Estos resultados permiten inferir que el tener pareja sentimental constituye un elemento de afrontamiento positivo contra el cáncer, debido al afecto y amor que reciben, lo que contrarresta la depresión y tristeza, elementos que afectan la recuperación.

En relación al ámbito familiar es importante resaltar que las parejas constituyen un rol significativo, al respecto Bailer (2003), destaca que la pareja, deben ser consideradas como apoyo natural para los pacientes con cáncer, en sus decisiones, en los cuidados y participar de aprendizaje de cómo ayudarle a afrontar el cáncer.

En relación al nivel educativo que prevaleció fueron los estudios de secundaria en un 42, 7 %, seguido de estudios universitarios (29, 37 %). Este 0, 72 % favorece a estas mujeres, ya que permite la comprensión al aplicar los cuidados posteriores al tratamiento oncológico, de hecho la educación constituye un elemento positivo que fortalece el autocuidado para tener una respuesta positiva al tratamiento. El estudio por Mesisel et al (2012b) estableció que el nivel educativo bajo pudo haber inferido en un diagnóstico tardío significativamente en los sobrevivientes.

En los resultados de preferencia religiosa se evidencia el 100% de las mujeres encuestadas profesan una creencia religiosa. Estos resultados demuestran que las

participantes mantienen un nexo espiritual que les fortalece durante las diferentes etapas por las que han atravesado; la perspectiva que los pacientes tienen respeto a la espiritualidad, les permite un nivel relativamente alto de salud, además de relacionarlo con la edad y el bienestar físico. Según Espíndula, Martins Do Valle, Ales Bell (, 2010), consideran que la religión es inherente a todo ser humano, y reconocen la religiosidad como sustento y confort para el paciente y sus familiares, para que puedan enfrentar la situación de enfermarse.

TablaN°4. Caracterización Social de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 mayo 2016.

Caracterización social	Fr	%
red de apoyo social		
SI	31	41,3
NO	44	58,7
Total	75	100,0
Número de miembros de la familia		
1__2	18	24,0
3 __-4	33	44,0
5 __-6	19	25,3
7 y más	5	6,7
Total	75	100,0
Amerita ayuda de otras persona		
SI	46	61,3
NO	29	38,7
Total	75	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015- Mayo 2016.

La tabla N° 4 refleja la caracterización social de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, evidenciándose que el 58, 7 % no cuentan con una red social, mientras que el 41, 3 % si forman parte de una red social. La red social en salud implica una información, un

auxilio/asistencia ofrecido por personas o grupos con los cuales se tiene contacto sistemático y que resultan en efectos emocionales y de comportamientos positivos (Valla, 1999) y que puede ser evaluado desde diferentes perspectivas, como la cantidad de personas incluidas en la red, la calidad de esos vínculos, la intensidad de las interacciones e intercambios y la percepción de ese apoyo. (Schneider, et al 2013),

Desde la misma connotación Méndez & González (2013), aducen que el apoyo social estructural es el más conocido como red social, y se caracteriza por el número de personas a las que puede recurrir el individuo y su interconexión para ayudarle a resolver los problemas que le surjan. (Alonso, Méndez et al, 2013).

Se puede inferir que el 41, 3%, al pertenecer a red social, ha sido determinante para que las mujeres afrontaran el cáncer, siendo asistidos con recursos económicos, social, dado los programas sociales que indirectamente repercuten en la subsistencia de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Sin embargo, es preocupante que el 58, 7 % de las mujeres encuestadas no cuentan con esta red, lo que implica que es importante contar con cuidadores desde la fase del diagnóstico, periodos de tratamiento, dado que la interrelación afectiva fortalece a las mujeres con cáncer de mama, les ayuda a mantener lucha positiva contra la enfermedad hasta lograr estabilizarse.

En relación al número de miembros de familia 33 mujeres representando el 44, 0 % está conformado de 3-4 miembros, seguidamente de un 25, 37 % que está conformada de 5-6 miembros en la familia. La familia y amigos tienen un valor invaluable en la persona en el diagnóstico, durante el estado de confusión (Badley, 2008). Desde este enfoque Roy (2008) refiere que las relaciones entre dos personas relacionadas son extensivas a otras personas o grupos, contribuyendo al desarrollo de transiciones dependencia o independencia en las

personas. Desde luego el número de miembros de la familia constituye parte importante de la red social, contribuyendo al manejo que le dan a la enfermedad, estableciendo relaciones con otras personas, lo cual es congruente con Roy (2008), cuando afirma que la interdependencia grupal es la relación de las personas con la sociedad y que la integridad de la relación significa el sentimiento de seguridad en las relaciones con los demás y con el medio ambiente.

En conclusión, la familia con el amor, ayudan a guardar la calma, mantener la seguridad, compartir actos de fe o red de apoyo que ejecutan acciones relacionadas con el afecto.

Tab1a N° 5 Variables médicas de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Características de Salud	Fr	%
Actividad Física		
SI	45	60
NO	30	40
Total	45	100.00
Estado de salud		
Excelente	12	16,0
Muy buena	16	21,3
Buena	35	46,7
Regular	12	16,0
Total	75	100,0
Estadio		
I	54	72,0
II	18	24,0
III	5	4,0
Independencia		
SI	46	61,3
NO	29	38,7
Total	75	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Análisis: Los resultados de la tabla N° 5 muestran los indicadores de salud e indican que el 60 % realiza actividad física, lo cual es positivo para contrarrestar los efectos secundarios que se presentan, durante la enfermedad y /o tratamientos siendo una interrelación segura y eficaz para el control de la fatiga y el adormecimiento de los miembros inferiores. Correa et al (2014).

Desde el estado de salud se observa que el 46, 7 % mantiene un estado de salud buena, el 21, 3 % muy buena, y excelente y regular mantienen un 16, 0 %, lo cual es indicativo que los efectos posteriores a los tratamientos han tenido buenos resultados; siendo posible que no se hayan presentado complicaciones posteriores.

La información recabada proyecta que para la evaluación del estado de salud los estados emocionales pueden influir mediante efectos directos en el funcionamiento fisiológico y en el reconocimiento de síntomas. Durante la fase en la búsqueda de atención médica, se involucran conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional y en la percepción de apoyo social, (Cerna& y Veles citados en Gaviria, Vinaccia, Riveros, Quiceno, 2007).

En relación a estadios del cáncer de mama son considerados como pronóstico de los avances de la enfermedad o etapa inicial. Los datos fehacientes ilustran el tumor en Estadio 1 en un 72, 0 %, Estadio 11, en 24, 0 % y estadio 111 en un 4, 0 %. Estos resultados implican que en la mayoría de las mujeres se refleja un buen promedio por detección temprana estadio 1.

En relación a las actividades de la vida diaria el 61, 3 % independiente, y el 38, 7 % no son independientes y son apoyados por otra persona como parte de su soporte o red de apoyo.

Tabla N° 6. Características de apoyo de recursos económicos en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.

Ingresos económico \$	Fr	%
0-100	18	24,0 %
101-200		
201-300		
301-400	32	42,6 %
401-500		
501-600		
601-700	16	21,4 %
701-800		
801-900		
901-1000	9	12,0 %
\$ 1000		
Total		

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Gráfica 2 Características de apoyo de recursos económicos en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Análisis: Los resultados reflejan que el nivel de ingreso económico del 42, 6 % participantes está entre \$ 301 \$ 600 a \$ 500 y con 33, 4 % está entre 600, 00 y más relacionada con el grado de escolaridad (secundaria, 42, 7 %, y estudios universitarios el 29, 37 %).

Esto denota que las mujeres cuentan con un ingreso permitiendo acceso a la canasta básica familiar, en su mayoría tienen recursos para afrontar los costos de tratamientos y cuidados. En relación al aspecto económico las mujeres que tienen situaciones de vulnerabilidad económica o social, que representan el 24,0 % con ingresos menos de B/.300 enfrentan mayores barreras de acceso, que determinan demoras en el inicio del tratamiento y modifican el pronóstico de su enfermedad (Pineros M, Sánchez R & Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales, 2011). De antemano consideramos que la pobreza es un potencial negativo que delimita elementos positivos, que favorecen una buena salud como son vivienda adecuada, nutrición, estilo de vida riesgosa y el acceso a la atención de salud.

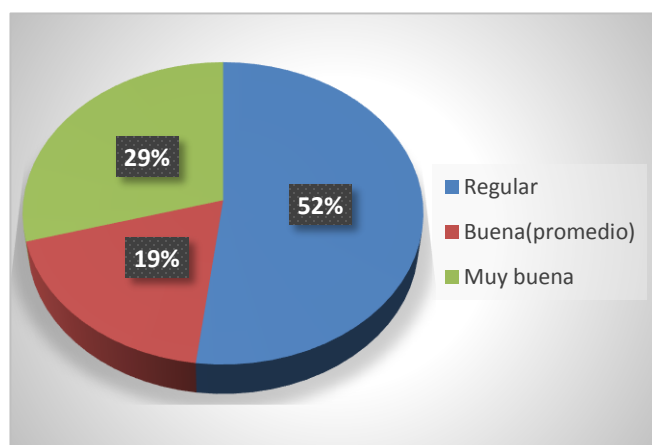
Comparando con América del Norte tenemos que en el 2010, los costos aproximados del cáncer de mama fueron calculados en 16, 500 millones en los Estados Unidos, de igual manera han ascendido los costos en Panamá, aunque en el mes de octubre, con las campañas de cada año los costos se hacen accesible, el resto del año la inaccesibilidad por costos en la atención privada, y el funcionamiento de ordenarlo ante sospechas diagnósticas, delimita la detección temprana que podría representar ahorros económico para las familias. En definitiva, si los costos son accesibles para estudios preventivos o diagnóstico temprano contra el cáncer de mama, los pronósticos de una sobrevida con calidad aumentarían y estaríamos en una gran proporción, mejorando las estadísticas de sobrevivientes.

Tabla N° 7 Percepción de la Condición de salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de Mama Instituto Oncológico Nacional. Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.

Calidad de vida	Fr	%
Regular	39	52, 0
Buena(promedio)	14	18, 7
Muy buena	22	29, 3
Total	75	100, 0

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Gráfica 3 Percepción subjetiva de la condición de salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama Diciembre 2015- Mayo 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Análisis: Los datos evidencian que el 52, 0 % percibía su condición de salud como regular, 29, 3 % como muy buena, y el 18, 7 % como probablemente, porque presentan síntomas de dolor y cansancio, dificultades para dormir, por lo tanto manifestaciones de alguna manera no les permiten percibir buen estado de salud, los resultados son congruentes con el estudio calidad de vida, después de un año finalizado el tratamiento por Londoño et al, 2007. En

conclusión esto indica que las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama de alguna manera presentan factores que no les permiten percibir una muy buena calidad de vida.

Tabla N° 8 Relación entre el número de miembros y requieren ayuda las mujeres Sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

N° de Miembros	Requiere ayuda			
	Fr	%	Fr	%
	SÍ		NO	
1-2	16	21, 33	2	2, 66
3-4	16	21, 33	17	22, 6
5-6	12	16	7	9, 33
7 y más	2	2, 66	3	4, 0
Total	46	61, 33	29	38, 67

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2015-Mayo 2016.

Análisis: En relación a los datos recabados es notorio que las participantes que cuentan con familia con un alto porcentaje requieren ayuda 61, 3 3% y el 38, 67 % no amerita ayuda, lo cual es revelador que han recibido ayuda de cuidadores, contribuyendo al afrontamiento positivo. Él no requiere ayuda, demuestra independencia, esta información guarda relación con la calidad de vida que prevalece de regular y es muy buena cuando están rodeados de amigos o muchos miembros de familia requieren más ayuda por la dependencia que crea la persona por la afección del cáncer, la confianza y afectos recibidos congruentes con Decker et al (2002).

La Doctora Callista Roy & Andrews, 1999, resaltan que las necesidades de interdependencia son atendidas en las relaciones con diferentes personas, las cuales tendrán diferente significados para un individuo, quienes fortalecen el poder mental para el manejo de emociones, con optimismo, espiritualidad, apoyo emocional que les fortalecen. De igual

manera, la familia realiza acciones relacionadas con el afecto, el amor; que favorecen guardar la calma, mantener la seguridad, compartir actos de fe, manifiesto de la creencia en Dios, lo cual realiza la red de apoyo representada en la familia.

5.2. OBJETIVO N° 2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO MOS-SSS Y DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA EN SOBREVIVIENTES AL CÁNCER LTQL

Validez y confiabilidad del cuestionario MOS-SSS

5.2.1 Análisis de datos Sociodemográficos

En la muestra de 82 participantes del estudio del cáncer sobrevivientes ambulatorios, tenemos edad media de 58 años. . El Sexo que prevalece fueron mujeres (72%), prevalece el tipo de cáncer de mama en un (56 %). El nivel educativo que predominó para esta muestra fue secundaria (38 %); seguido de primaria (37, 5 %). La investigación se realizó en varias fases que se describen a continuación

Fase 1. Validez facial o aparente: Fue realizada 1 mayo 2014 al 30 junio 2014

Se entregó una copia del instrumento a un panel de cinco enfermera especialistas expertas, de las cuales dos tenía la especialidad en cuidados críticos del adulto, una enfermera especialista en urgencia y trauma, y dos enfermeras especialistas en oncología; todo esto con el objetivo de obtener ítems comprendidos. Se recomendó mejorar la redacción de los ítems13, 14, y 17. Quela se describe en la figura 9.

Figura 9 Validez Facial del MOS-SSS. Panamá

Fuente: Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer. 1 mayo 2014 al 30 junio 2014

Ítems versión original cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer	Observaciones y sugerencias de redacción del ítem. Instrumento adaptado MOS-SSS de apoyo social en Panamá
13 Alguien cuyo consejo realmente desee 14 Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas 17 Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	13 Alguien cuyo consejo le de ánimo y aliento 14 Alguien con quien distraerse de sus problemas 17 Alguien que le ayude afrontar sus problemas personales.

Fase 2 Prueba de ajuste Preliminar. Se efectúa de 1 julio a 30 septiembre 2014

Consistió en aplicar a una muestra de 10 pacientes, no relacionados con el estudio, con el objetivo de determinar la comprensión de los ítems por los propios pacientes. Dando como resultado una buena comprensión de los mismos por parte de los pacientes.

Fase 3 Validez de Contenido IVC se realiza a la vez que la validez facial 1 mayo 2014 al 30 junio 2014. Para la validez de contenido se utilizó la fórmula que se describe a continuación.

$$IVC = \left(\frac{ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} \right) = 1 + 1 + \dots + \frac{1}{3} + 1 + \dots + \frac{1}{3} + 1/3 = 18$$

Donde **ne** es el número de expertos que han valorado en cada ítem como esencial y N es el número total de expertos que han evaluado el ítem. Si el número de expertos es de 7 o inferior menos, IVC = 0, 99. Para la validez de contenido se utiliza la siguiente fórmula

$$IVC = \left(\frac{\text{Suma}(IVC)}{M} \right) = \frac{18}{20} = 0,90$$

Para realizar la validez de contenido se utilizó la fórmula de Lawsche descrita en Tristán, 2012.

Fase 4 Validez de constructo: para la validez de constructo se utilizó el análisis factorial

Tabla N° 9 Análisis Factorial del cuestionario MOS-SSS. Panamá.

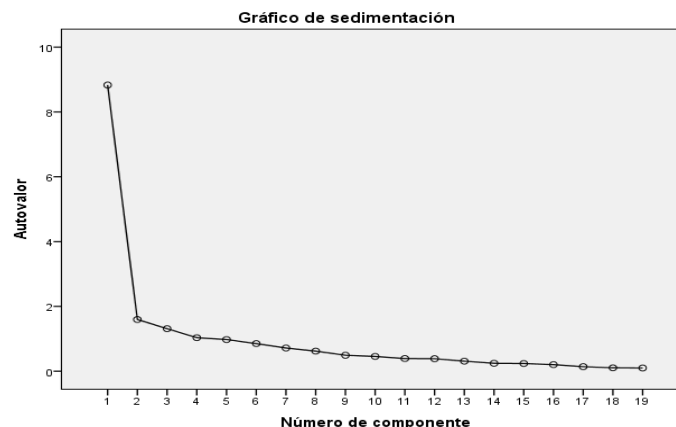
Auto valores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
7.598	42.209	42.209	7.598	42.209	42.209
1.805	10.029	52.238	1.805	10.029	52.238
1.533	8.514	60.752	1.533	8.514	60.752
1.308	7.266	68.019	1.308	7.266	68.019
1.018	5.655	73.674	1.018	5.655	73.674
0.835	4.641	78.315			
0.669	3.716	82.032			
0.551	3.059	85.091			
0.521	2.893	87.984			
0.456	2.531	90.515			
0.365	2.029	92.544			
0.295	1.637	94.180			
0.276	1.531	95.711			
0.227	1.264	96.975			
0.199	1.104	98.079			
0.139	0.772	98.851			

Fuente: Cuestionario MOS-SSS de Apoyo Social en Cáncer. Instituto Oncológico 2015. Nacional diciembre 2014 - mayo 2015

Análisis: En el MOS –SSS se aplica el método de extracción y analizan los componentes principales de la varianza explicada con una carga factorial con un % de acumulado de varianza de 73, 674 %. Los porcentajes de varianza están distribuidos en cinco

factores: un primer factor con una carga factorial de 42, 21%, el segundo factor con 10, 01 %, el tercer factor 8, 51%, el cuarto factor 7, 3% y el quinto factor interacción social, considerado como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarlo 5, 7 %, lo cual es indicativo que existe una buena correlación entre estos cinco factores. Los significados de cada factor son los siguientes Informacional que significa comprensión empática, guía de consejo, soporte afectivo con demostraciones reales de amor, cariño o empatía; apoyo instrumental, es decir, la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir, emocional / espiritual; sentimientos de interdependencia con la pareja, familia, Dios creencia religiosa.

Gráfica 4. Sedimentación del Análisis factorial del cuestionario MOS-SSS



La curva del gráfico demuestran cinco factores, con cargas factoriales superiores a 5, Comrey (1973), citado por Hernández, 1998) tienen cargas factoriales buenas, al evidenciarse cargas factoriales superiores en cada factor el instrumento se mantiene con los 20 ítems, 19 cerradas y una abierta con las modificaciones de la validez facial.

Tabla N°10 Varianza total explicada por dominios del Cuestionario MOS-SSS Panamá.

N	Denominación del Factor	Items	Varianza total explicada
1	Informacional	3, 4, 16, 17, 18, 19	42,21
2	Soporte afectivo	6, 7, 9, 10, 11	10,01
3	Instrumental	2, 8, 14, 15	8,51
4	Emocional- espiritual	13, 20	7,27
5	Interacción social	5, 12	5,66

Fuente: cuestionario MOS-SSS de Apoyo Social en Cáncer. Instituto Oncológico Nacional. Diciembre 2014 - Mayo 2015.

Los datos evidencian que el primer factor informacional tiene una carga de 42,21%, contempla seis ítems 3, 4, 16, 17, 18, 19; el segundo factor llamado soporte afectivo de con 10,01%, contempla cinco ítems 6, 7, 9, 10, 11; el tercer factor instrumental una carga de 8,51% con cuatro ítems 2, 8, 14, 15; el cuarto factor emocional espiritual con una carga de 7,27%, con dos ítems 13, 20 y el quinto factor interacción social con una carga de 5,66% conformado por los ítems 5, 12.

Tabla 11 Confiabilidad Global del cuestionario MOS SSS. Panamá

Estadísticas de fiabilidad		cuestionario MOS-SSS
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach estandarizada	○ N de elementos
0.908	0.912	19

La pregunta N° 20 fue pregunta de tipo abierta

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Diciembre 2014 -Mayo 2015.

Es notoria una alta confiabilidad con un alfa de Cronbach estandarizado de 0, 912, lo cual revela una buena consistencia interna entre los ítems.

Como es observable la correlación entre los ítems es alta, superior 0, 5 dando como resultado independientemente de cualquier ítem que sea eliminado; el instrumento mantiene

un Alfa de Cronbach estandarizada de 0,908, y la global de 0,90, lo cual revela que se conserva su consistencia interna. Al haber correlación de cada ítem y la puntuación global son mayores de 0,5 (Hernández, 1998).

Esta variabilidad del alfa de Cronbach por factor con respecto al global, probablemente es debido a la carga factorial de los ítems. El valor superior a un alfa de 0,5 en cada factor nos indica que todos los ítems están relacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. (Priest, 2006)

La carga factorial total de 73,674, le da validez al instrumento, dado que cargas superiores a 0,71 son, excelentes (Cervantes, 2005).

Tabla N°12 Valores de confiabilidad por dominios cuestionario MOS-SSS. Panamá

Ítems	Factores	Valor Alfa de Cronbach Informacional
4	alguien que le aconseja cuando tenga problemas	0,803
16	Alguien con quien compartir los problemas más íntimos	
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	
17	alguien que le ayude afrontar sus problemas personales	
18	alguien con quien divertirse	
19	Alguien que comprenda sus problemas	
6	alguien que le muestre amor y afecto	Soporte afectivo 0,593
7	alguien para pasar un buen rato	
9	Alguien en quien confiar, hablar de sí mismo y de sus preocupaciones	
10	alguien que le abrace	
11	alguien con quien pueda relajarse	
8	alguien que le informe y ayude a entender una situación	Instrumental 0,867
2	alguien que le prepare la comida cuando no pueda hacerlo	
14	Alguien con quien distraerse de sus problemas	
15	alguien que ayude en tarea domésticas	
13	Alguien cuyo consejo le de ánimo y aliento	Emocional espiritual 0,719
20	Alguien a quien amar.	
12	alguien le ayude cuando tenga que estar en la cama	Interacción social positiva 0,436
5	alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	

Fuente: cuestionario MOS-SSS de Apoyo Social en Cáncer. Instituto Oncológico Nacional. Diciembre 2014 Mayo 2015

Análisis: La tabla 12 refleja los valores alfa por dominios, los cuales en suma confirman la confiabilidad de los ítems, la mayor confiabilidad lo representa el instrumental con 0,867; seguida del el informacional con 0,803; en tercer factor el emociona lo espiritual con 0,719; y el factor soporte afectivo con 0,593 y el último factor interacción social con 0,436.

Tabla13. Confiabilidad por ítems del cuestionario MOS-SSS. Panamá

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Alguien le ayude cuando tenga que estar en la cama	76.44	0.319	0.912
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	76.09	0.327	0.909
Alguien que le aconseja cuando tenga problemas	76.17	0.502	0.905
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	76.32	0.482	0.906
Alguien que le muestre amor y afecto	76.00	0.578	0.903
Alguien para pasar un buen rato	76.12	0.843	0.896
Alguien que le informe y ayude a entender una situación	76.28	0.696	0.900
Alguien en quien confiar, hablar de sí mismo y de sus preocupaciones	76.29	0.787	0.897
Alguien que le abraze	76.08	0.560	0.903
Alguien con quien pueda relajarse	76.23	0.551	0.904
Alguien que le prepare la comida cuando no pueda hacerlo	76.11	0.603	0.903
Alguien cuyo consejo le de ánimo y aliento	76.19	0.452	0.907
Alguien con quien distraerse de sus problemas	76.27	0.549	0.904
Alguien que ayude en tarea domésticas	76.33	0.581	0.903
Alguien con quien compartir los problemas más íntimos	76.48	0.678	0.900
Alguien que le ayude afrontar sus problemas personales	76.33	0.541	0.904
Alguien con quien divertirse	76.20	0.525	0.904
Alguien que comprenda sus problemas	76.19	0.725	0.901

Fuente: cuestionario MOS-SSS de Apoyo Social en Cáncer. Instituto Oncológico. Nacional. Diciembre 2014 - mayo 2015.

Análisis: Los resultados del cuestionario MOS-SSS adaptado en Panamá revelan cinco factores con un alfa global de 0,908. Los factores encontrados fueron: factor 1, el cual denominamos **informacional**, conformado por los ítems 3, 4, 16, 17, 18 y, 19 revela un alfa de 0,803, Factor 2, **Soporte afectivo** con un alfa de 0,593 ítems 6, 7, 9, 10 y 11.

Factor 3 **Instrumental** 2,8, 14 y 15, alfa de 0,867, factor 4 **emocional – espiritual** ítems 13,20 con un alfa de 0,719 y el factor 5, **interacción social** ítems 5,12, con un alfa de 0,436, con un alfa global de 0,91, demostrando alta confiabilidad.

El MOS-SSS adaptado en el contexto panameño demuestra que la mayoría de los ítems se agrupa en el **soporte afectivo**, aspecto que alimentan los seres humanos cuando están fortalecidos por lazos familiares y de amigos, lo cual denota interdependencia para dar y recibir afectos, lo cual a la vez promueve una atmósfera de confianza y apoyo en las emociones de tristezas, esperanzas, y apego a la vida y emociones positivas.

El factor informacional también demuestra en segunda instancia la mayoría de ítems, que en esencia se relacionan con cuidados, orientaciones para mantener la fase de tratamiento y recuperación, adaptándose a los cambios que se presentan en las fases por las que atraviesan las mujeres con cáncer de mama, es de por sí importante para adoptar actitud positiva. Este factor revela una relación de interdependencia con el conocimiento y la práctica de los cuidados de enfermería con el paciente y familia que promueven la sobrevivencia una vez son dados de alta.

El resto de factores instrumental, emocional e interacción positiva revelan que la interdependencia individual y grupal son importantes para afrontar los efectos negativos del cáncer, recibiendo ayuda, expresando sentimientos e interactuando socialmente.

En resumen la adaptación del instrumento MOS-SSS tiene validez y confiabilidad al tener validez de contenido de 0,91 y confiabilidad de 0,908. El valor del alfa denota una estructura definida de ítems, dado que cada ítem refleja un alfa $>0,5$. 0, los valores de alfa demuestran la pertinencia de los ítems para medir el constructo multidimensional, modo de interdependencia.

5.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA LTQL EN EL CONTEXTO PANAMEÑO.

5.3.1 Variables Socio demográficas

En una muestra de 72 mujeres sobresale una edad media de 54 años, con una desviación estándar de 11.06, el cual es muy proximal a lo que se revela el estudio realizado en Oviedo, España. Finalizado el tratamiento, calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de haber terminado la terapia, realizado por (Fernández& Padierna Villoria, Gracia, Fernández, Peláez, 2007), revelando una media de 53.9%, con una desviación estándar 13.8%.

También, es notorio que esta patología tiene una edad mínima de 26 años y la máxima de 88 años, un rango amplio en edades, en estas sobrevivientes; en relación a estos datos (Ballet, Sigal, Mazeau 2007), aportan que supervivencia global en el grupo de mujeres más jóvenes en contraste a las de mayor edad de 47-54 años. El 29%; la mayoría de las mujeres reportaron haber terminado estudios de secundaria 29%; Primaria 21% y universitaria 20%.

En relación al estado civil: casadas en un 47,2 %; con pareja 25 % soltera 15,3%; Religión: la mayoría eran católicos, un 89,3% y un 9,3% evangélicos.

5.3.2 Fases de validación

Fase 1 Traslación.

Solicitud de permiso a las doctoras Gwen Wyatt y Laurie Friedman Danze para traducir el instrumento y utilizarlo en versión en español, obteniendo la aprobación de la Dra. Wyatt, y se entrega el instrumento a profesoras expertas que conformaron el panel, las

cuales contaban con dominio del idioma inglés para analizar el contexto del instrumento para emitir juicio si tiene pertinencia con el tema, objetivos e hipótesis para selección del mismo que mida calidad de vida en cáncer. Se realiza la traducción del instrumento al idioma español por expertas profesoras de la Facultad de Enfermería que dominan el idioma inglés, a las cuales hicimos entrega individual del instrumento traducido.

Luego de traducido el primer instrumento en español se traduce al idioma original, inglés y se envía a sus autores para su revisión. La cual hizo la aclaración en el ítem N.23 que estaba repetido, haciendo el aporte de modificar la redacción de los ítems 12 y 23 en el instrumento LTQL adaptado.

Fase 2 Validez Facial se realiza 1 de abril al 30 mayo 2015.

En la validación facial fueron considerados profesionales expertos con experiencias en la validación de instrumentos, y con manejo del idioma inglés.

Se realiza evaluación crítica de expertos para emitir juicios sobre la redacción de ítems para determinar si es comprensible en el lenguaje panameño, para tal efecto entregamos el instrumento en español a tres expertas docentes de la universidad de Panamá, una docente del departamento de salud de adultos, una del departamento de gestión y una del departamento de salud mental, con la finalidad de revisar los ítems del instrumento, teniendo como resultado las siguientes sugerencias en la tabla N°15. e igual manera los expertos emitieron su juicio crítico sobre la redacción lingüística de los ítems.

Figura 10 Validez facial instrumento LTQL Versión adaptada a la población panameña.

Ítems versión original LTQL	Observaciones y sugerencias de redacción del ítem, instrumento adaptado LTQL
12 Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada desde que tengo cáncer.	12 Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada (pantalones, camisas ya que el cáncer me limita.
20 Desde que tuve cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza como el atardecer, las gotas de lluvia y la primavera con las flores	20 Desde que tuve {cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza, como el atardecer la lluvia.
23 Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada desde que tengo cáncer.	23 Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo físico, ya que el diagnóstico de cáncer me limita ropa adecuada.

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. De abril a mayo 2015.

Fase 3. Validez de Contenido IVC según Tristán (2007)

Fórmula:

$$IVC = \left(\frac{ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} \right) = 1 + 1 + \dots + \frac{1}{2} + 1 + \dots + \frac{1}{2} + \dots + 1/2 = 32.5$$

Donde **ne** es el número de expertos que han valorado en cada ítem como esencial y

N es el número total de expertos que han evaluado el ítem. Si el número de expertos es de 7 o inferior menos, IVC = 0, 99

CVI= razón de validez de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe modificado.

M= total de ítems aceptables de la prueba, dando por resultado que de los 34 ítems

$$CVI = \left(\frac{Suma(IVC)}{M} \right) = \frac{32.5}{34} = 0,9558$$

Esta expresión planteada por Lawshe plantea la interpretación con una correlación entre ---1 y + 1, de manera tal si el acuerdo ocurre en más de la mitad, de acuerdo con los jueces la CVR es positiva (Lawshe 1975 en Tristán, 2007). n la validez de contenido del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer LTQL, 1996; El panel de 4

expertas coinciden que solo tres ítems deben mejorar la redacción, o sea 32.5 /34 ítems = 0,9558, o sea mayor al 50 %; revelando una correlación positiva.

Fase 4 Validez del Constructo

Tabla 14. Análisis Factorial del instrumento calidad de vida en sobrevivientes al cáncer (LTQL) Versión adaptada. Junio –Noviembre 2015

Varianza total explicada						
Componente	Auto valores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,353	16,728	16,728	5,353	16,728	16,728
2	3,492	10,912	27,641	3,492	10,912	27,641
3	3,430	10,718	38,359	3,430	10,718	38,359
4	1,914	5,981	44,339	1,914	5,981	44,339
5	1,720	5,375	49,714	1,720	5,375	49,714
6	1,515	4,734	54,449	1,515	4,734	54,449
7	1,484	4,638	59,087	1,484	4,638	59,087
8	1,325	4,140	63,227	1,325	4,140	63,227
9	1,186	3,706	66,933	1,186	3,706	66,933
10	1,021	3,190	70,123	1,021	3,190	70,123
11	0,926	2,895	73,018			
12	0,908	2,838	75,856			
13	0,850	2,658	78,514			
14	0,763	2,384	80,898			
15	0,660	2,061	82,959			
16	0,613	1,915	84,874			
17	0,599	1,871	86,745			
18	0,551	1,722	88,467			
19	0,511	1,598	90,065			
20	0,455	1,420	91,486			
21	0,415	1,298	92,784			
22	0,407	1,272	94,055			
23	0,370	1,157	95,212			
24	0,298	0,932	96,144			
25	0,239	0,747	96,891			
26	0,207	0,646	97,537			
27	0,178	0,557	98,094			
28	0,163	0,508	98,602			
29	0,157	0,490	99,093			
30	0,114	0,356	99,449			
31	0,099	0,308	99,757			
32	0,078	0,243	100,000			
Método de extracción de componentes						

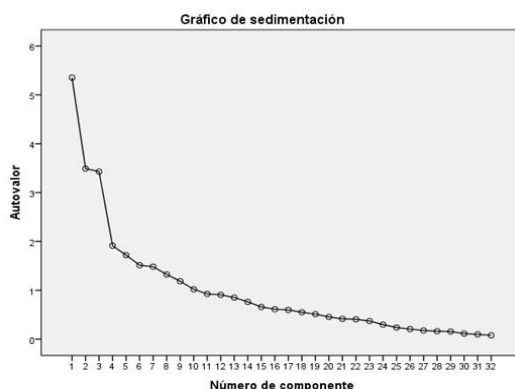
Fuente: Instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer (LTQL). Instituto Oncológico Nacional Panamá Junio – noviembre 2015

El análisis de componentes principales mediante la rotación Varimax, permitió presentar los resultados de la varianza total explicada con porcentaje acumulados, cuyo valor

global fue de 70,123, con una varianza explicada por factores: Factor 1 espiritual con 16,728%; factor 2 adaptación con varianza explicada de 10,912%; factor 3 somático con 10,781%; factor 4 soporte afectivo presenta 5,981%; factor 5 soporte social con 5,375; Factor 6 afrontamiento con 4,734%; factor 7 imagen corporal 4,638%; factor 8 función cognitiva con 4,10%; factor 9 estado funcional con 3,706% y el factor 10 físico 3,190%.

Como podemos apreciar en la tabla N°2 la sumatoria total de las cargas factoriales da por resultado 70,123%, que según Comrey (1973), citado por Hernández, 1998), sugiere que cargas factoriales superiores a 0,71 son excelentes, entre 0,71 y 0,63 muy buenas; entre 0,63 y 0,55 buenas y entre 0,55 y 0,45 regulares, y entre 0,45 y 0,32 pobres (ver gráfica N°3).

Gráfica5 Sedimentación del Análisis Factorial del instrumento calidad de vida en sobrevivientes al cáncer (LTQL) Versión adaptada.



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes al Cáncer de Mama. I. O. N. junio – noviembre 2015

Análisis: La curva del gráfico nos indica 10 factores, enmarcado en el codo, lo cual ha dejado por fuera 4 ítems que no cargan en ningún de los factores construidos que según Comrey (1973), citado por Hernández, 1998) tienen cargas factoriales pobres 5, 7, 11, 25 inferiores a 0,45. Quedando el instrumento reducido a 30 ítems. (Anexo 18)

Tabla N°15. Dominios del instrumento calidad de vida (LTQL). Versión adaptada Junio –Noviembre 2015

N° factores	Denominación	Ítems	Varianza total explicada	% acumulado de la varianza
1	Espiritual	20, 16, 26, 22, 10, 6, 29, 17	16,728	16,728
2	Adaptación	24, 23, 15, 32, 4, 34, 8	10,912	27,641
3	Somático	33, 31, 28, 12, 14, 3	10,718	38,359
4	Soporte afectivo	9	5,981	44,339
5	Soporte social	18	5,375	49,714
6	Afrontamiento	2	4,734	54,449
7	Imagen corporal	19 y 30	4,638	59,087
8	Función cognitiva	13 y 1	4,140	63,227
9	Estado funcional	27	3,706	66,933
10	físico	21	3,190	70,123

Fuente: Instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer (LTQL). Instituto Oncológico Nacional Panamá Junio – noviembre 2015.

Importante es valorar que la varianza total explicada es 70,123, lo cual nos corrobora la validez del constructo de las variables. La denominación de los factores obtenidos en este instrumento adaptado fueron basados en la denominación del estudios propuesto por Gordón&Siminoff, (2012), y que se mencionan en la tabla N°3, sus respectivos factores presentan cargas componentes a saber: *Soporte social* con alfa de 0,63 función física 0,85); imagen corporal 0,83 función cognitiva CC de 0,68), 70); *Somático* (CC de 0,70); *Espiritual* (CC de 0,88) físico soporte social y somático basados en Gween Wyatt y Lawrice Friedman (1996). Las denominaciones siguientes con autorías de la investigadora *Adaptación*); afrontamiento y actividad física, soporte afectivo.

La varianza total explicada es 70,123, lo cual nos corrobora la validez del constructo de las variables. La denominación de los factores obtenidos en este instrumento adaptado se basa en la denominación de estudios propuesto por Gordón&Siminoff, (2012), y que se mencionan en la tabla N°3 sus respectivos factores presentan cargas componentes a saber:

Soporte social con alfa de 0,63 función física 0, 85%; imagen corporal 0,83 función cognitiva CC de 0,68), 70); *Somático* (CC de 0,70); *Espiritual* (CC de 0,88) físico soporte social y somático basados en Gween Wyatt y Laurie Friedman (1996). Las denominaciones siguientes son autorías de la investigadora *Adaptación*); afrontamiento y actividad física, soporte afectivo.

Tabla N°16. Confiabilidad del Instrumento de calidad de vida r Versión adaptada. Junio- Noviembre 2015.

Ítems	Indicadores	Carga componentes por ítems	Dominios
P20	Desde que tuve cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza como el atardecer	0,668	1 Espiritual
P16	Recibo señales sutiles que me dan confianza en mis decisiones de salud	0,618	
P26	Siento una dirección interior que me ayuda a tomar decisiones sabias	0,592	
P22	Mi visión se ha empeorado desde que inicie el tratamiento por cáncer	0,563	
P10	Sigo mi voz interna cuando tomo decisiones acerca de mi salud.	0,523	
P6	Me gustaría ser un recurso para aquellos recientemente diagnosticados de cáncer	0,507	
P29	El ejercicio me ayuda a sentirme con energía	0,453	
P17	El ejercicio regular me mantiene saludable para que sea menos propensa a cáncer de nuevo	0,436	
P24	Mi vida social es menos satisfactoria desde que tengo cáncer	0,681	2 Adaptación
P23	Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo físico, ya que el diagnóstico de cáncer me limita encontrar ropa adecuada	0,584	
P15	Realizo ejercicios con mayor frecuencia	-0,566	
P32	Frecuentemente siento angustia por el dolor/ disconfort ya que me recuerda mi cáncer	0,515	
P4	El ejercicio me ayuda a sentirme saludable	-0,486	
P34	Tuve que ajustar la forma en la cual me ejercito desde que tuve cáncer	0,483	
P8	Estoy consciente de mi cuerpo desde que tuve cáncer	-0,459	
P33	Creo que tengo entendimiento y apoyo para ofrecerle a otros sobrevivientes	-0,567	3 Somático
P31	Encontraría beneficioso el hablar o poder conversar con otros sobrevivientes al cáncer	-0,559	
P28	tengo acercamiento con algunos miembros de la familia y amigos desde que tengo cáncer	-0,523	
P12	Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada, ya que el cáncer me limita	0,522	
P14	Continuo sufriendo dolores desde mi tratamiento para el cáncer.	0,503	
P3	Siento que una energía guía mi vida teniendo mi mejor interés en mente.	0,479	
P9	Desde que tuve cáncer aprecio mucho más el tiempo que comparto con mis amigos y familiares	-0,505	4 Soporte afectivo
P18	Desde que tuve cáncer tengo empatía con los familiares que sufren enfermedades graves como padecimientos cardiacos y renales	-0,705	5 Soporte social
P2	Tengo una mejor idea acerca de lo serio que es enfermarse, desde que tengo cáncer.	-0,423	6 afrontamiento
P19	Me siento insatisfecha con mi apariencia desde que tengo cáncer	-0,480	7 Imagen corporal
P30	Desde que tengo cáncer no tomo por sentado pequeñas cosas de la vida	0,410	8 Función cognitiva
P13	Tengo experiencias intuitivas que reafirman mis cuidados para la salud	-0,540	
P1	Creo que sería de ayuda a otros quienes han sido diagnosticados recientemente con cáncer	0,450	9 Estado funcional
P27	siento adormecimiento y hormigueo desde mi tratamiento con cáncer	-0,439	
P21	El ejercicio me ayuda a minimizar la fatiga	-0,412	10 Actividad física

Fuente: Instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer (LTQL). Instituto Oncológico Nacional Panamá Junio – noviembre 2015.

Las preguntas 5 y 7 fueron eliminadas por tener correlación negativa, 11 y 25 por tener cargas pobres.

Tabla N° 17 Confiabilidad Global del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer. Versión adaptada a la población. Panameña. Junio - Noviembre 2015.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,806	30

Fuente: instrumento Calidad de vida en cáncer. LTQL Instituto Oncológico Nacional. Junio –Noviembre 2015

Tabla N° 18 Alfa Estandarizada del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer. Versión adaptada a la población panameña. Junio - Noviembre 2015.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach estandarizada	N de elementos
0.806	0.832	30

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres sobrevivientes Instituto Oncológico Nacional al Cáncer de Mama. Junio – noviembre 2015.

El Alfa de Cronbach Global estandarizado para los 30 ítems del instrumento adaptado fue de 0,806. El instrumento queda finalmente con 30 ítems distribuidos en 10 dominios definidos. Presenta una alta confiabilidad y por lo tanto puede ser empleado en futuras investigaciones.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6. OBJETIVO N° 3 DESCRIPTIVOS DE LOS INSTRUMENTOS MOS-SSS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA LTQL

6.1 DESCRIPTIVOS DEL CUESTIONARIO MOS-SSS

Tabla N°19 Estadísticos descriptivos de los puntajes de los factores en el cuestionario MOS SSS. Versión adaptada. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Estadísticos descriptivos	Informacional	Instrumental	Soporte afectivo	Emocional espiritual	Interacción social
Media	25.25	16,49	21,55	8,6	8,3
Desviación estándar	3,676	2,64	3, 56	1,49	1,48
Mínimo	13	8	9	2,00	2,00
Máximo	30	20	25	10,00	10,00
Ítems	4, 3, 16, 17, 18, 19	2, 15, 8, 14	11, 10, 6, 7, 9	20, 13	12, 5

Fuente: Instrumento MOS-SSS versión adaptada **Instituto Oncológico Nacional, Panamá Diciembre 2015 Mayo 2016.**

Análisis: Un vez adaptado el instrumento en la nueva aplicación, los resultados de cada factor se llevó de nuevo a la escala original en base a los porcentajes así; el factor informacional con 25, 25 puntos y una desviación estándar de 3, 676; factor soporte afectivo con 21, 55 puntos con una desviación estándar de 3, 56; instrumental con 16, 49 puntos revela una desviación estándar de 2, 64; factor emocional espiritual con 8, 6 puntos con una desviación estándar de 1, 49; y el factor interacción social con 8, 3 puntos y una desviación estándar de 1, 48. Como se observa el informacional, instrumental y soporte afectivo son los que más puntos tienen, es decir, contestaron siempre y casi siempre, aplican interdependencia que se evidencia a través de la puesta en práctica de estos dominios.

Los datos evidencian que en el soporte afectivo las mujeres sobrevivientes al cáncer tuvieron respuestas congruentes con lo esperado en ítems que valoran el afecto que dan y reciben, teniendo baja dispersión en las respuestas. El factor emocional espiritual

conformada por dos interrogantes revela baja dispersión, es decir las encuestadas respondieron acorde a lo solicitado. El factor instrumental comprendido como la ayuda tangible que pueda recibirse, también fue contestado con poca dispersión en las respuestas, es decir hay coherencia en las respuestas, la mayoría de las encuestadas contestaron adecuadamente. Contrariamente el factor informacional que incluye orientaciones y guía tienen alta dispersión en la interpretación para responder, lo cual indica que hubo variabilidad de respuestas y que no coincidían en responder, es reconocer que existen factores que inciden en la comprensión de interrogantes tales como: el nivel educativo, el ambiente, la cultura.

Tabla N° 20 Distribución Porcentual de las respuestas de las pacientes, por factores. Diciembre 2015 mayo 2016

Factores	Siempre		A veces		Pocas veces		Total
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Informacional	54	72%	19	25,3%	2	2,7	75 (100)
soporte afectivo	56	79,7%	17	22,7%	2	2,7	75 (100)
Instrumental	59	78,7%	14	18,7%	2	2,7	75 (100)
Emocional /espiritual	60	80,01%	13	17,5%	2	2,7	75 (100)
Interacción Social positiva	53	70,77%	16	21,3%	6	8,0	75 (100)

Fuente: Instrumento MOS-SSS versión adaptada **Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.**

Análisis: Los factores mejor valorados por las pacientes fueron el emocional/espiritual (80%), respondieron siempre significativo que mantenían interdependencia con la pareja, familia, poseían creencia religiosa y aceptación de personas significativas emocionalmente que aceptaran consejos en el plano emocional, habían buena relación con el entorno familiar; Seguidamente tenemos el factor instrumental 78, 7%. Es

significativo que estas mujeres mantenían interdependencia con la familia, por lo que recibían ayuda y contaban con recursos material congruente con el ingreso económico 301 -600 y un nivel educativo de secundaria, fortaleciendo respuesta positiva por la seguridad al recibir recursos para sus cuidados contra la enfermedad. El factor soporte afectivo es la relación psicológica de amor y cariño.

El factor con menores respuestas de siempre fue la interacción social con 70, 7 %, dado que las diversiones y distracciones se ven limitadas por el factor somático que presentan las pacientes al demostrarse que tienen una calidad de vida regular, según su condición de salud.

En síntesis encontramos coherencia entre las respuestas porcentuales emitidas en la escala Likert de 1 a 5, resumidas en este análisis de siempre, a veces y pocas veces

6.2 DESCRIPTIVOS DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER LTQL

Tabla N°21 Descriptivos del instrumento calidad de vida en mujeres Sobrevivientes al Cáncer LTQL Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Dominios LTQL	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Espiritual	22	5	8	31
Adaptación	14	4	7	23
Somático	14.91	5.21	6.00	28.00
Soporte afectivo	4	1	0	4
Soporte social	3	1	0	4
Afrontamiento	4	1	2	4
Imagen Corporal	3	2	0	7
Función cognitiva	6.40	1.36	3.00	8.00
Estado funcional	1	1	0	4
Actividad Física	2	1	0	4

Fuente: Instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer versión adaptada Instituto Oncológico Nacional. Panamá- Diciembre 2015 Mayo 2016.

Análisis: Como se ha contemplado cada factor es llevado nuevamente a su escala original en base a los porcentajes el factor espiritual con 22 puntos y con una desviación estándar de 5. Estos resultados son indicadores que el factor espiritual que se relaciona como la fe proyecta interdependencia con Dios, teniendo el paciente confianza y seguridad en los tratamientos que recibe, percibiendo lo positivo de los tratamientos, y delimitando efectos depresivos y de tristeza que interfieren la fase de recuperación efectiva.

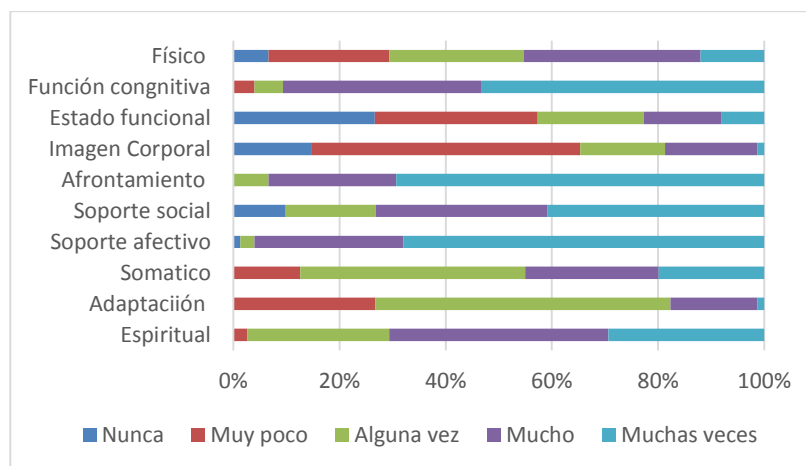
En relación al factor somático con una media de 14,91, desviación estándar de 5,21 demuestran que las encuestadas en algunas ocasiones presentaban síntomas con efectos negativos con cierto grado de dependencia por su estado de salud, así percibirá su calidad de vida tiene una baja dispersión en las respuestas y el factor de adaptación con una media de 14, revelando que las sobrevivientes al cáncer de mama se han adaptado a los cambios por los cuales atravesó en las diferentes etapas.

TablaN°22 Frecuencia del instrumento Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes al Cáncer LTQL Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Dominios	Nunca		Muy poco		Alguna vez		Mucho		Muchas veces	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Espiritual	0	0.0	2	2.7	20	26.7	31	41.3	22	29.3
Adaptación	0	0.0	20	26.7	41	55.4	12	16.2	1	1.4
Somático	0	0.0	9	12.7	32	42.7	19	25.3	15	20.0
Soporte afectivo	1	1.3	0	0.0	2	2.7	21	28.0	51	68.0
Soporte social	7	9.3	4	0.1	12	16.0	23	30.7	29	38.7
Afrontamiento	0	0.0	0	0.0	5	6.7	18	24.0	52	69.3
Imagen Corporal	11	14.7	38	50.7	12	16.0	13	17.3	1	1.3
Estado funcional	20	26.7	23	30.7	15	20.0	11	14.7	6	8.0
Función cognitiva	0	0.0	3	4.0	4	5.3	28	37.3	40	53.3

Fuente: Instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer versión adaptada **Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.**

Gráfica 6 Frecuencia del instrumento Calidad de Vida en mujeres sobrevivientes al cáncer LTQL



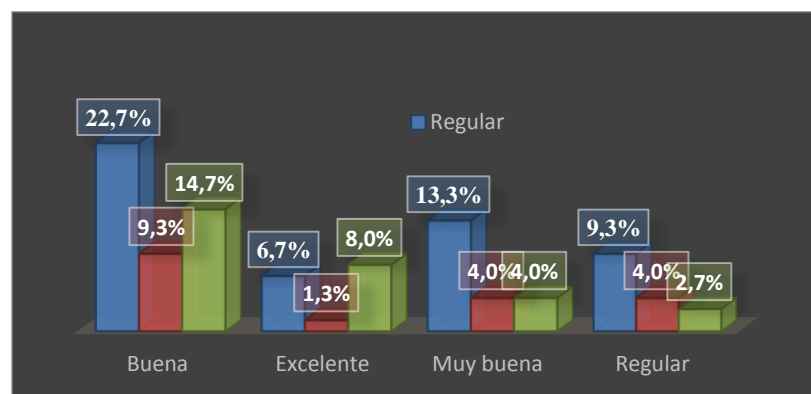
Análisis: Los datos de las frecuencias según escalas reflejan mayor valor porcentual en mucho 41,3 % en el factor espiritual, lo cual es revelador que tienen fe para afrontar el cáncer, es positivo. Contestar menos ponderaciones tenemos el somático 55,4 % en adaptación, lo cual es congruente con la calidad de vida y que han realizado los ajustes pertinentes que le ha permitido sobrevivir. Sobresale que hayan respondido en alguna vez con 42,7 % en el factor **somático**, manteniendo consistencia con el avalúo global de la calidad de vida regular que revela el LTQL.

Tabla N°23 Porcentual entre la percepción de la condición de salud y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.

Percepción del estado de salud	Calidad de Vida			
	Regular	Buena	Muy buena	Total
Excelente	6,7% (10)	1,3% (3)	8,0% (3)	16,0% (16)
Muy buena	13,3% (7)	4,0% (3)	4,0% (2)	21,3% (12)
Buena	22,7% (5)	9,3% (1)	14,7% (6)	46, 7% (12)
Regular	9,3% (39)	4,0% (14)	2,7% (22)	16,0% (75)

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- mayo 2016.

Gráfica 7 Asociación entre percepción de la condición de salud y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016



Análisis: La tabla 25 y gráfica 8 revelan que al realizar las asociaciones tenemos que de 35 mujeres sobreviviente al cáncer de mama que perciben el estado de salud como buena; el 22,7% que perciben buena calidad de vida; 16 mujeres que perciben el estado de salud como excelente; solo el 8% presenta muy buena calidad de vida; de 12 mujeres sobrevivientes que perciben el estado de salud como muy buena solo el 13,3 presenta la

calidad de vida como regular; solo el 9,3 % coincide en percibir la salud y una calidad de vida regular.

En relación a la información presentada Northouse et al (2002) señala que, la autoeficacia, apoyo social y familia tienen efectos positivos en la calidad de vida, mientras que los síntomas de angustia, preocupación, desesperanza y la valoración negativa de la enfermedad o el cuidado tenían efectos perjudiciales. Aspectos coincidentes con las respuestas que presentaron en relación al factor somático, físico del LTQL.

Podemos inferir que dependiendo de los síntomas que presentan, así mismo perciben su condición de salud, y que la calidad de vida diagnosticada según el instrumento de calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer ha resultado ser regular.

6.3 OBJETIVO 4 ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LOS INSTRUMENTOS ADAPTADOS MOS-SSS Y LTQL.

6.3.1 Variables socio demográficas y su asociación con los factores del instrumento MOS-SSS.

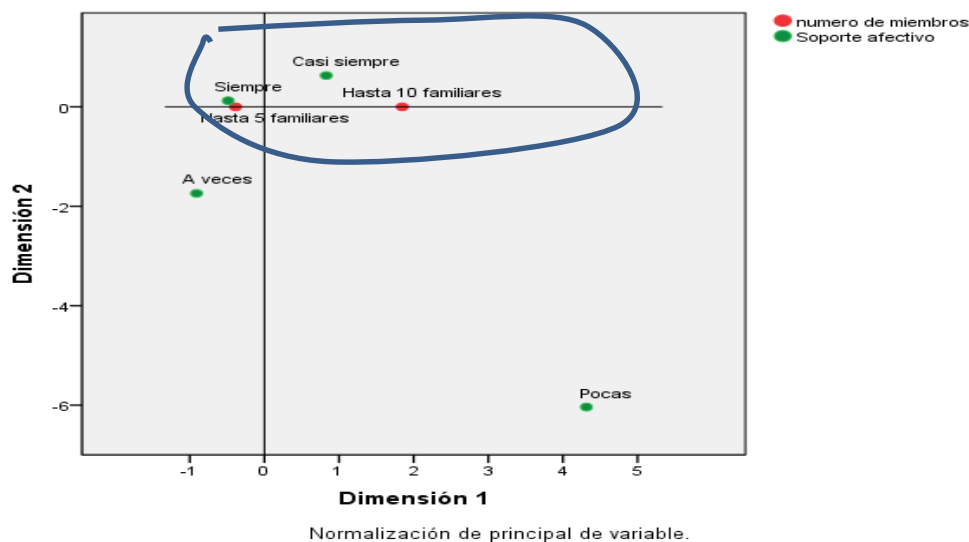
Para establecer asociación entre cada uno de los dominios y algunas de las variables socioeconómicas se realizaron tabla cruzadas o de contingencia con variables como estado civil, red de apoyo, número de miembro en la familia, si amerita ayuda con la religión. Ha, continuación se presenta la asociación de estas variables y los dominios MOSS con un nivel de significancia 0,05.

Tabla N° 24 Valor de Chi-cuadrado de la relación de los Dominios MOSS y las Variables socio Demográficas. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Dominios Moss	Socio demográfica	Valor Chi-cuadrado	Probabilidad
Informacional	Estado Civil	20,32	0,149
Soporte afectivo	Estado Civil	15,84	0,393
	Red de Apoyo	1,513	0,679
	Número de miembros	13,84	0,003
Instrumental	Amerita ayuda	1,374	0,849
	Estado de Salud	10,53	0,569
Apoyo Emocional/espiritual	Religión	1,637	0,99
	Red de Apoyo	3,69	0,449
Interacción social	Soporte afectivo	63,83	0,0001

Fuente: Instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer versión adaptada Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Gráfica 8 Mapa perceptual de la asociación del dominio soporte afectivo y el Número de miembros de la familia Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- mayo 2016



Análisis: El análisis de correspondencia múltiple y el dominio del MOSS y la variable número de miembros a un nivel de significancia de 0,003, las pacientes que

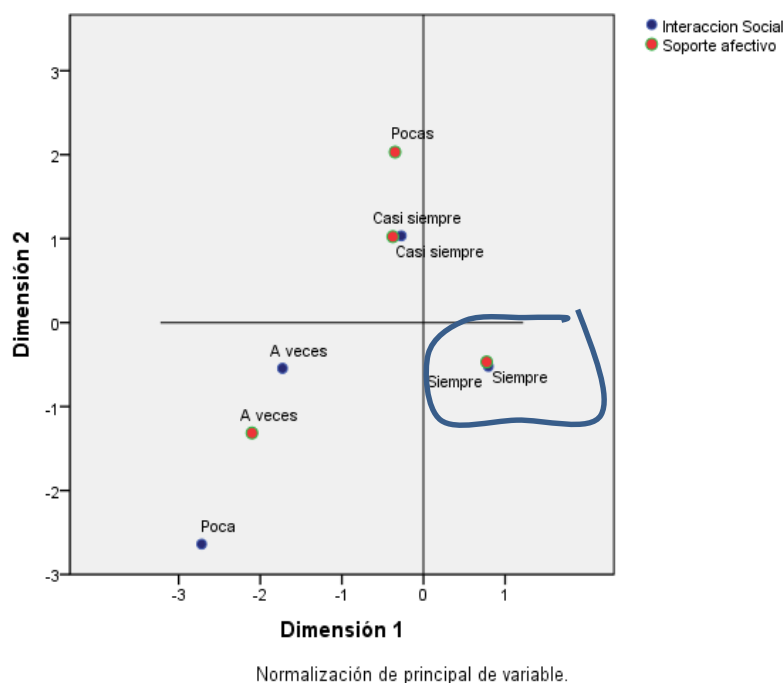
calificaron como positivo con este dominio son aquellos que tienen 5 a 10 familiares, lo cual se puede interpretar que existe una correlación positiva entre el número grande de familiares con el dominio soporte afectivo, dado que muchos familiares contribuyen a los cuidados del paciente y siempre recibe el soporte psicológico para afrontar la enfermedad.

Los resultados de asociación entre el número de miembros y el soporte afectivo de 0,003 comprueba el supuesto ***El sistema de las relaciones incluyen la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia.*** (Roy, 2010). El cual está fundamentado en aceptar la ayuda de otros y protección, la cual se brinda con cuidados de familiares y amigos, y sobre todo establecer lazos de relación que les permite recibir soportes instrumentales.

De igual manera esta asociación corrobora el supuesto que, el **afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo.** (Roy, 2010). Desde luego que al estar rodeado de personas significativas promueve recibir y dar afectos; mantiene la relación de amor con la pareja, y aceptación de esas personas favorece que afronten las crisis por las que atraviesan, superándolas hasta llegar a la fase de recuperación.

También se considera el supuesto **las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los procesos cognitivos y emocionales** lo cual hace referencia a los estímulos focales que son los internos, los externos son los contextuales, lo cuales influyen en los cambios que se den en procesos de razonamiento, conocimiento, y emociones. **N=75, n = %, p=0, 001.**

Gráfica 9 Mapa perceptual de la asociación de los dominios Interacción social y Soporte afectivo



Análisis: La gráfica 9 revela que los dominios del MOSS que mayor relación tienen son: el soporte afectivo y la interacción social, lo cual respalda que las distracciones y participar de actividades sociales se ve favorecida con el número de miembros de la familia, amigos y vecinos que conforman las redes social, característica de una interdependencia grupal.

Ha sido considerado que existe asociación entre interacción social y el soporte afectivo al dar por resultado un nivel de significancia de 0,001 según el Shi cuadrado y representado observándose en el mapa proximidad entre ambos significativo que cuando es mejor el soporte afectivo en los pacientes con cáncer los afectos son recibidos si interaccionan socialmente, con otras personas o sea tienen apoyo estructural.

Al realizarse el análisis respectivo se comprueba el supuesto el sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia está representado en el dominio interacción social y el afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo están presentes en el dominio soporte afectivo.

6.3.2 Variables sociodemográficas y su asociación con los factores del instrumento

Calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer, LTQL adaptado.

Tabla N°25 Valor de Chi-cuadrado de la relación de los Dominios LTQL y las variables socio demográficas. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Dominios LTQL	Socio demográfica	Valor Chi-cuadrado	Probabilidad
Soporte social	Número de miembros	0.329	0.998
Adaptación	Estado de Salud	5.153	0.821
Imagen Corporal	Estado civil	21.583	0.364
Afrontamiento	Apoyo de red	1.163	0.559
Espiritual	Religión	3.029	0.805
	Condición de salud	10.269	0.329
Actividad Física	Independencia	2.914	0.572
Estado funcional	Edad	6.106	0.635
Actividad Física	Estadios	3.456	0.903
Somático	Edad	12.864	0.117
	Condición de salud	9.39	0.669
Función cognitiva	Escolaridad		

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Como se observa los factores del LTQL no tienen asociación con las variables sociodemográficas, lo cual es indicativo que para las mujeres sobrevivientes al cáncer las

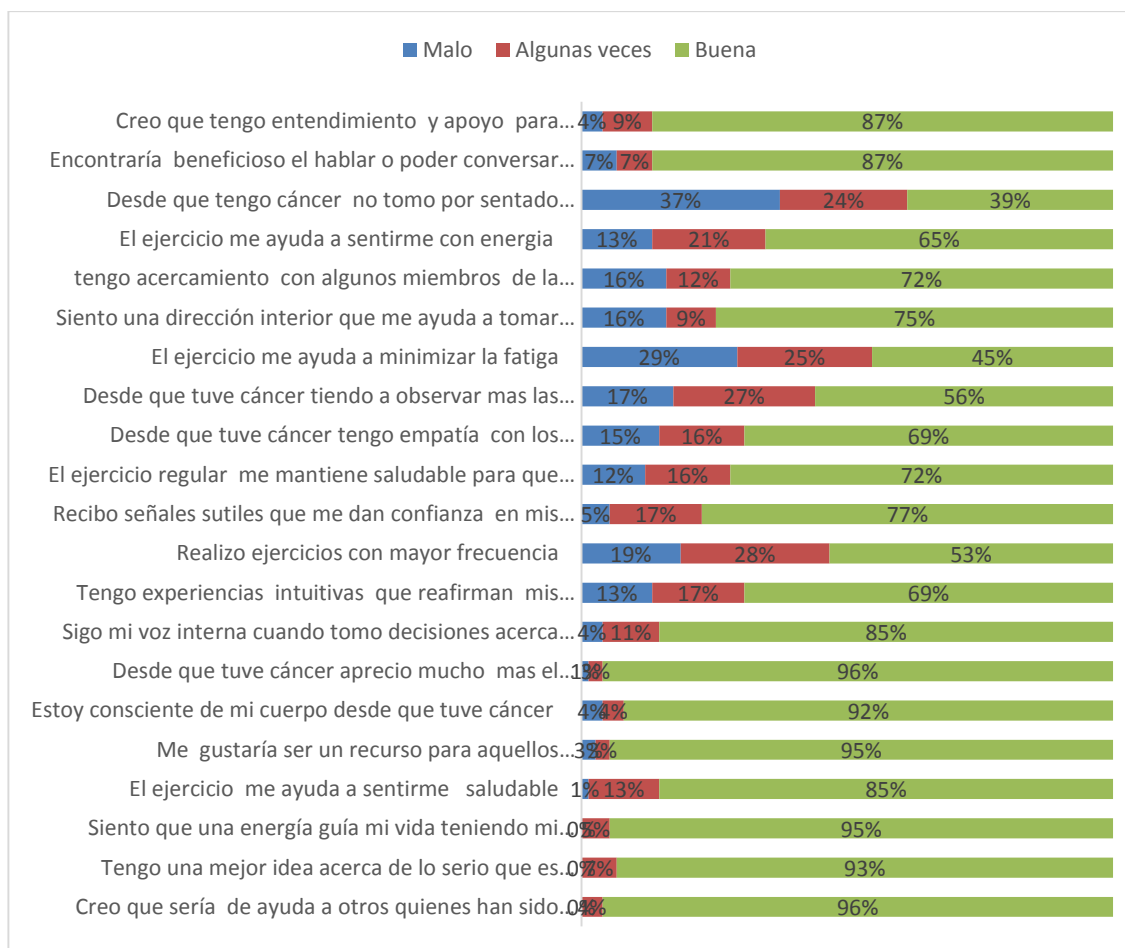
variables sociodemográficas no han influido para la calidad de vida, esto puede deberse a que presentan síntomas que delimitan su calidad de vida, es decir influencia variables clínicas o el bienestar psicológico determinan en gran forma cómo evolucione su recuperación García, & Gonzales (2007).

Tabla 26 Aspectos positivos del LTQL Adaptado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Preg.	Ítems Positivos del LTQL	Malo %	Algunas veces%	Buena %
1	Creo que sería de ayuda a otros quienes han sido diagnosticados recientemente con cáncer	0	4	96
2	Tengo una mejor idea acerca de lo serio que es enfermarse, desde que tengo cáncer.	0	7	93
3	Siento que una energía guía mi vida teniendo mi mejor interés en mente	0	5	95
4	El ejercicio me ayuda a sentirme saludable	1	13	85
6	Me gustaría ser un recurso para aquellos recientemente diagnosticados de cáncer	3	3	95
8	Estoy consciente de mi cuerpo desde que tuve cáncer	4	4	92
9	Desde que tuve cáncer aprecio mucho más el tiempo que comparto con mis amigos y familiares-	1	3	96
10	Sigo mi voz interna cuando tomo decisiones acerca de mi salud	4	11	85
13	Tengo experiencias intuitivas que reafirman mis cuidados para la salud	13	17	69
15	Realizo ejercicios con mayor frecuencia	19	28	53
16	Recibo señales sutiles que me dan confianza en mis decisiones de salud	5	17	77
17	El ejercicio regular me mantiene saludable para que sea menos propensa a tener cáncer de nuevo	12%	16%	72
18	Desde que tuve cáncer tengo empatía con los familiares que sufren enfermedades graves como padecimientos cardiacos y renales	15	16	69
20	Desde que tuve cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza como el atardecer, la lluvia	17	27%	56
21	El ejercicio me ayuda a minimizar la fatiga	29	25	45
26	Siento una dirección interior que me ayuda a tomar decisiones sabias	16	9	75
28	Tengo acercamiento con algunos miembros de la familia y amigos desde que tengo cáncer	16	12	72
29	El ejercicio me ayuda a sentirme con energía	13	21	65
30	Desde que tengo cáncer no tomo por sentado pequeñas cosas de la vida	37	24	39
31	Encontraría beneficioso el hablar o poder conversar con otros sobrevivientes al cáncer	7	7	87
33	Creo que tengo entendimiento y apoyo para ofrecerle a otros sobrevivientes	4	9	87

Fuente: Instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer versión adaptada **Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.**

Gráfica 10. Aspectos positivos del LTQL Adaptado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.



Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016.

Análisis: Estos datos reflejan que dentro de los aspectos positivos más sobresaliente, medidos a través del instrumento de calidad de vida de la mujeres con cáncer, reflejan una calidad de vida en función de los siguientes aspectos: ayudar a otros (96% de las respuestas), apoyar a los recientemente diagnosticados (95%), ver la vida desde otra perspectiva (93%), desarrollo de la espiritualidad (95%), desarrollo del autocuidado (92%), compartir con los amigos y familiares (96%).

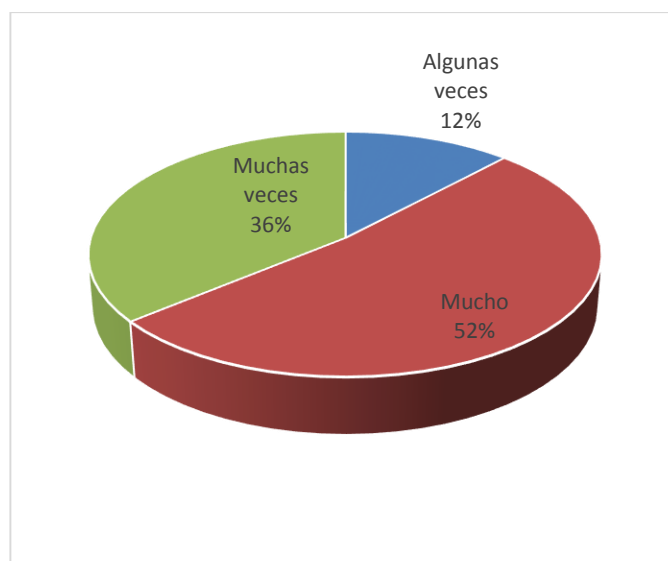
Estos resultados reafirman que al tener estos aspectos positivos en forma mayoritaria las personas se han adaptado a los cambios de estilos de vida, secundario a los tratamientos o secuelas físicas y psicológicas de la enfermedad planteamiento congruente con Salas & Grisales, (2010).

Tabla 27. Respuestas positiva de las pacientes ante el instrumento de Calidad de Vida. (LTQL). Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 - Mayo 2016

Aspectos positivos	Fr.	%
Muchas veces	27	36, 0
Mucho	39	52, 0
Algunas veces	9	12, 0
Total	75	100, 0

Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Gráfica 11. Respuestas positivas de las pacientes ante el instrumento de Calidad de Vida. (LTQL)



Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

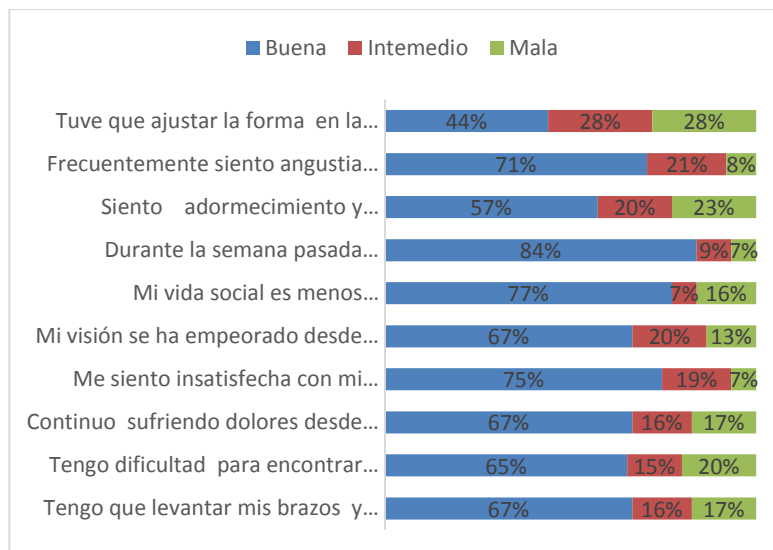
Análisis: En estos aspectos positivos el 88% tienen calificación positiva entre mucho y muchas veces, y solo el 12% están en las algunas veces que es el punto medio de la calificación, lo cual es indicador de buena calidad de vida. Los aspectos positivos prevalecen por las acciones de cuidado suministrados por enfermería, familiares y la propia paciente; sin embargo pueden haber otros elementos como es la resiliencia permite que la persona haga frente a situaciones adversas e involucra factores intelectuales, intra-psíquicos e interpersonales (Crespo & Rivera, 2012).

Tabla 28. Aspectos Negativos del LTQL. Adaptado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.

Preg	Ítems negativos del LTQL	Buena %	Intermedia %	Mala %
12	Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada (pantalones, camisas etc. ya que el cáncer me limita	65	15	20
14	Continuo sufriendo dolores desde mi tratamiento para el cáncer.	67	16	17
19	Me siento insatisfecha con mi apariencia desde que tengo cáncer	75	19	7
22	Mi visión se ha empeorado desde que inicie el tratamiento por cáncer	67	20	13
23	Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo físico, ya que el diagnóstico de cáncer me limita encontrar ropa adecuada	65	15	20
24	Mi vida social es menos satisfactoria desde que tengo cáncer	77	7	16
27	Siento adormecimiento y hormigueo desde mi tratamiento con cáncer	57	20	23
32	Frecuentemente siento angustia por el dolor/ discomfort ya que me recuerda mi cáncer	71	21	8
34	Tuve que ajustar la forma en la cual me ejercito desde que tuve cáncer	44	28	28

Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Gráfica 12. Aspectos Negativos del LTQL. Adaptado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.



Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Análisis: En general de los aspectos negativos que afecta la calidad de vida percibida por las mujeres encuestadas cabe resaltar: dificultad para vestirse (20%), dificultad para aceptar el cuerpo (20%), presencia de algunos síntomas (23%), limitación física para ejercitarse (28%).

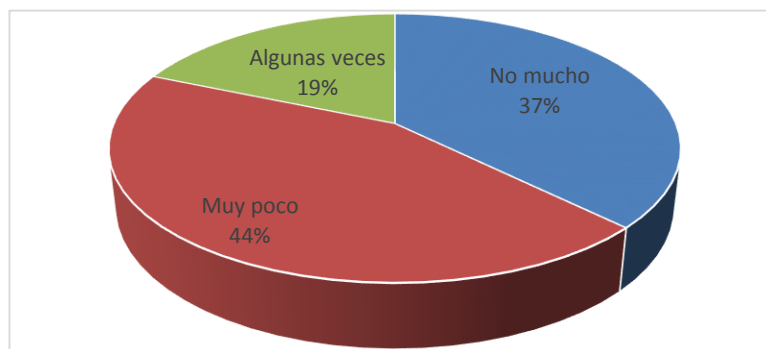
Estos señalamientos guardan relación los efectos que interfieren la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama a saber: efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida, entre menos síntomas de recidiva mejor calidad de vida tiene el paciente. (Recalde MTI, Samudio M, 2012).

Tabla 29 Aspectos negativos del LTQL adaptado de acuerdo a la calificación de los entrevistados. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016

Aspectos negativos	Fr.	%
No mucho	28	37,3
Muy poco	33	44,0
Algunas veces	14	18,7
Total	75	100,0

Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá.
Diciembre 2015- Mayo 2016

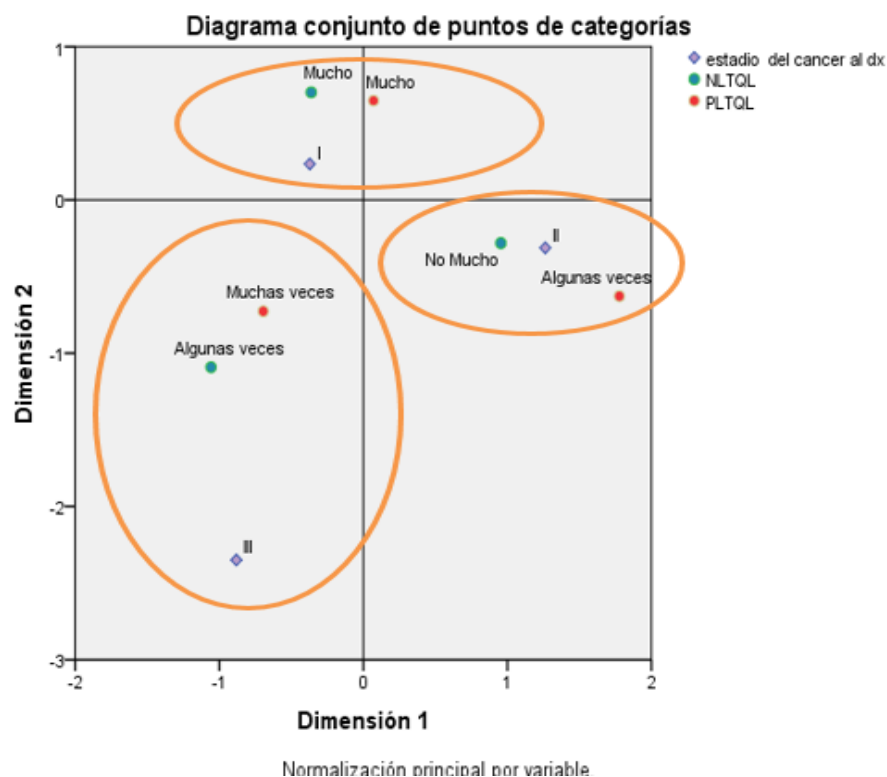
Gráfica 13 Aspectos negativos del LTQL, de acuerdo a la calificación de los entrevistados. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015 Mayo 2016.



Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Análisis: Estos aspectos negativos están calificados como no mucho o muy poco que vendría como positivo en un 81.3%, algunas veces 19%. Este aspecto no afecta la calidad de vida de los entrevistados. Se corrobora en esta gráfica que la mayoría de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama tienen buena calidad de vida.

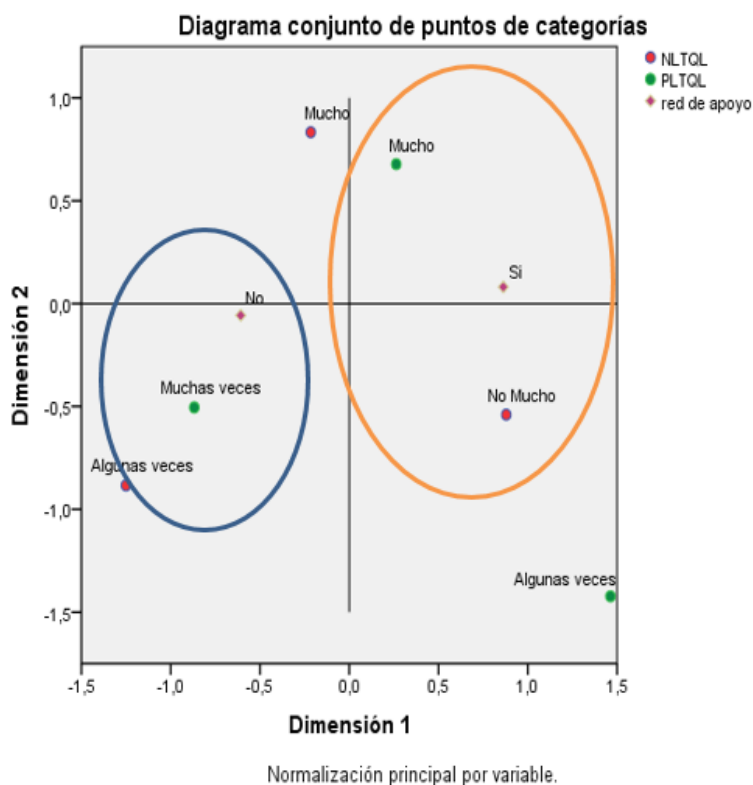
Gráfica14 Diagrama de la percepción de las respuestas positivas y negativas de las pacientes con cáncer de mama ante la aplicación del instrumento LTQL



Fuente: Instrumento LTQL adaptado. Instituto Oncológico
Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Luego del análisis de correspondencia múltiple vemos que el estadio I se relaciona con los aspectos mucho del positivo y mucho del negativo (-) mientras que el estadio II con no mucho (+) del negativo y intermedio (algunas veces) del positivo, mientras que el estadio III con muchas veces y algunas veces del negativo (Intermedio). Estos resultados son congruentes con la evaluación de la calidad de vida de buena.

Gráfica 15. Mapa perceptual de las respuestas en aspectos positivos y negativos mediante la aplicación del LTQL, según el estadio de las pacientes.



Fuente: Instrumento LTQL Adaptado. Instituto Oncológico
Nacional- Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Análisis: Como se observa en el gráfico 16 aquellos pacientes que están en una red de apoyo se califican con positivos, los aspectos negativos (no mucho) y mucho en los aspectos positivos (mucho). Los aspectos desde que tengo cáncer no todo por sentado pequeño cosas de la vida donde solo el 39% consideran que mucho y muchas veces puede este aspecto, así como el ejercicio ayuda a minimizar la fatiga 45%, pero en general tomando en cuenta todos los otros ítems más del 50% califican mediante los ítems del LTQL como mucho y muchas veces que nos hace pensar que tienen una buena calidad de vida. Del 50%

Objetivo 5 Correlación canónica entre los dominios de modo de interdependencia (MOS-SSS) y la calidad de vida (LTQL)

Obtención de las funciones canónicas.

El número máximo de valores teóricos canónicos (funciones/dimensiones) es que se pueden obtener a partir de los conjuntos de variables, es igual al número de variables que hay en el conjunto menor, ya sea dependiente o independiente.

En nuestro estudio vamos a elegir dos dimensiones para reducir la información en las variables

Tabla N°30 Resumen de análisis MOS-SSS Y el LTQL Instituto Oncológico Nacional. Diciembre 2015 a mayo 2016

	Dimensión		Suma
	1	2	
Establecer 1	0,000	0,132	0,132
Establecer 2	0,000	0,131	0,131
Media	0,000	0,132	0,132
Auto valor	1,000	0,868	1,868
Ajuste			

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Análisis: Los valores de ajuste del modelo nos revelan en qué medida el análisis de correlación ajusta los datos en relación a la asociación entre las diferentes series de variables. El valor de 1,868 de un máximo de 2, nos indica un ajuste en dos dimensiones que es bastante bueno.

TablaN°31 Ponderaciones canónicas de las Dimensiones MOS-SSS y el LTQL.
Instituto Oncológico Nacional. Diciembre.2015 a mayo 2016

Establecer		Dimensión	
		1	2
1	Espiritual	,000	,565
	Adaptación	,000	,231
	Somático	,000	,267
	Soporte afectivo	-1,000	-,005
	Soporte social	-,001	-,345
	Afrontamiento	,000	,188
	Imagen Corporal	,000	,119
	Función cognitiva	,000	,313
	Estado funcional	,000	-,354
	Actividad Física	,000	-,541
2	Informacional	-,001	,832
	Soporte afectivo	,001	-,870
Instrumental	,000	-,379	
Emocional espiritual	-1,000	,027	
	Interacción Social	-,001	,899

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre 2015- Mayo 2016

Análisis: Las variables con ponderaciones relativamente mayores contribuyen más al valor teórico de manera positiva, directa en oposición con las variables con ponderaciones relativamente menores, contribuyen menos al valor teórico. Los que tienen un signo negativo contribuyen de manera indirecta, negativa al valor teórico. En la Tabla 31 se observa que en el primer conjunto para la primera dimensión, la mayor ponderación la tiene el soporte afectivo (-1,0 seguido por emocional espiritual (-1,0). Para la segunda dimensión los factores Informacional 0, 832, Soporte afectivo -0, 870 e Interacción Social, 899 son los que más explican esta dimensión. Una ponderación pequeña puede significar o bien que su correspondiente variable es irrelevante para explicar la relación o bien que ha sido apartada de la relación debido a un alto grado de multicolinealidad.

Las cargas canónicas (saturaciones en componentes)

Las cargas canónicas, también denominadas correlaciones de estructura canónica, miden la correlación simple entre una variable original observada del conjunto dependiente o independiente y el valor teórico canónico del conjunto. Las cargas canónicas reflejan la varianza que la variable observada comparte con el valor teórico canónico, y puede ser interpretada como una carga factorial para valorar la contribución relativa de cada variable a cada función canónica. Cuanto mayor es el coeficiente, mayor es la importancia que tiene para calcular el valor teórico canónico.

Tabla N° 32 Saturaciones en componentes del MOS-SSS Y el LTQL Instituto Oncológico Nacional diciembre 2015 a mayo 2016.

Establecer		Dimensión	
		1	2
1	Espiritual ^{a, b}	-0,178	0,393
	Adaptación ^{a, b}	-0,055	0,249
	Somático ^{a, b}	0,043	0,499
	Soporte afectivo ^{a, b}	-1,000	0,002
	Soporte social ^{a, b}	-0,247	-0,108
	Afrontamiento ^{a, b}	-0,081	0,168
	Imagen Corporal ^{a, b}	-0,085	0,418
	Función cognitiva ^{a, b}	0,117	0,411
	Estado funcional ^{a, b}	0,152	-0,031
	Actividad Física ^{a, b}	-0,097	-0,308
	Informacional ^{a, b}	0,109	0,444
2	Soporte afectivo ^{a, b}	0,102	-0,103
	Instrumental ^{a, b}	0,043	-0,211
	Emocional espiritual ^{a, b}	-1,000	-0,002
	Interaccion Social ^{a, b}	0,048	0,401

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre.2015- Mayo 2016.

Análisis: En resumen, la dimensión 1 tiene mayor importancia; el soporte afectivo y lo emocional - espiritual, lo cual es indicativo que estas dimensiones tienen mayor asociación entre los ítems que la conforman y que de alguna forma contribuyen a la calidad de vida.

Es de reconocer que el soporte afectivo y el emocional espiritual están presentes en las diferentes etapas por las que atraviesa la mujer con cáncer de mama.

En la Tabla 32 vemos, para el conjunto de dimensiones, los ítems soporte afectivo y emocional- espiritual son los que más discriminan y los que menos discriminan son el resto. Si queremos ver las dimensiones por separado, nos fijamos en la primera y en la segunda columna de la tabla. Para la primera dimensión el ítem más discriminante es el emocional- espiritual y el menos discriminante hay varios. Para la segunda dimensión el ítem más discriminante es la interacción social y el menos discriminante es el emocional espiritual.

Tabla N° 33. Ajuste entre dimensiones MOS-SSS Y el LTQL Instituto Oncológico Nacional diciembre 2015 a mayo 2016

	Establecer	Ajuste múltiple			Ajuste simple			Pérdida simple		
		Dimensión		Suma	Dimensión		Suma	Dimensión		Suma
		1	2		1	2		1	2	
1	Espiritual	0.000	0.320	0.320	0.000	0.319	0.319	0.000	0.001	0.001
	Adaptación ^a	0.000	0.058	0.058	0.000	0.054	0.054	0.000	0.005	0.005
	Somático ^a	0.000	0.074	0.074	0.000	0.071	0.071	0.000	0.003	0.003
	Soporte afectivo^a	0.999	0.007	1.006	0.999	0.000	0.999	0.000	0.007	0.007
	Soporte social ^a	0.000	0.121	0.121	0.000	0.119	0.119	0.000	0.002	0.002
	Afrontamiento ^a	0.000	0.035	0.035	0.000	0.035	0.035	0.000	0.000	0.000
	Imagen Corporal ^a	0.000	0.022	0.022	0.000	0.014	0.014	0.000	0.008	0.008
	Función cognitiva ^a	0.000	0.100	0.100	0.000	0.098	0.098	0.000	0.002	0.002
	Estado funcional ^a	0.000	0.131	0.131	0.000	0.125	0.125	0.000	0.005	0.005
	Actividad Física ^a	0.000	0.293	0.293	0.000	0.293	0.293	0.000	0.000	0.000
2	Informacional ^a	0.000	0.694	0.694	0.000	0.693	0.693	0.000	0.001	0.001
	Soporte afectivo ^a	0.000	0.756	0.756	0.000	0.756	0.756	0.000	0.000	0.000
	Instrumental ^a	0.000	0.144	0.144	0.000	0.143	0.143	0.000	0.000	0.000
	Emocional espiritual^a	1.001	0.002	1.003	1.001	0.001	1.001	0.000	0.002	0.002
	InteraccionSocial^a	0.000	0.811	0.811	0.000	0.809	0.809	0.000	0.002	0.002

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Instituto Oncológico Nacional. Panamá. Diciembre.2015- Mayo 2016

Análisis: En resumen, la dimensión 1 tiene mayor importancia; el soporte afectivo y lo emocional- espiritual, lo cual es indicativo que estas dimensiones tienen mayor asociación entre los ítems que la conforman y que de alguna forma contribuyen a la calidad de vida. Es de reconocer que el soporte afectivo y el emocional espiritual están presentes en las diferentes etapas por las que atraviesa la mujer con cáncer de mama.

En la Tabla 33 se evidencia el conjunto de dimensiones, los ítems soporte afectivo y emocional- espiritual son los que más discriminan y los que menos discriminan son el resto. Si queremos ver las dimensiones por separado, nos fijamos en la primera y en la segunda columna de la tabla. Para la primera dimensión el ítem más discriminante es el emocional- espiritual y el menos discriminante hay varios. En la segunda dimensión el ítem más discriminante es la interacción social y el menos discriminante es el emocional espiritual.

Objetivo 5. Correlación entre el modo de interdependencia y calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama

Tabla 34 Correlación entre la variable y Modo de interdependencia (MOS-SSS), y calidad de vida (LTQL). I. O. N Panamá.

Dominios del LTQL		Dominios del MOS-SSS				
		Informacional	Soporte afectivo	Instrumental	Emocional espiritual	Interacción social positiva
Espiritual	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,078 0,507 75	-0,048 0,684 75	0,011 0,928 75	0,055 0,638 75	0,059 0,617 75
Adaptación	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,106 0,367 75	-0,046 0,695 75	-0,276* 0,016 75	0,005 0,968 75	0,063 0,592 075
Somático	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	-0,369 0,001 75	0,067 0,567 75	0,210 0,071 75	0,052 0,658 75	0,059 0,613 75
Soporte afectivo	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,332** 0,004 75	0,208 0,073 75	-0,053 0,651 75	-0,152 0,192 75	0,015 0,895 75
Soporte social	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,065 0,581 75	0,060 0,608 75	0,166 0,154 75	0,127 0,278 75	-0,026 0,826 75
Afrontamiento	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,227* 0,050 75	-0,041 0,725 75	-0,050 0,673 75	0,148 0,205 75	0,064 0,584 75
Imagen corporal	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,061 0,603 75	-0,016 0,893 75	-0,164 0,159 75	-0,176 0,130 75	-0,034 0,775 75
Función cognitiva	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	-0,004 0,973 75	-0,357 0,002* *75	0,015 0,896 75	-0,038 0,746 75	-0,122 0,298 75
Estado funcional	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,220 0,058 75	0,097 0,409 75	0,025 0,831 75	0,065 0,578 75	0,635 0,003 75
Actividad física	Corr. Pearson Sig. (bilateral) N	0,220 0,058 75	0,097 40 75	0,025 0,831 75	0,065 578 75	-0,056 0,635 75

Fuente: Instrumentos (MOS-SSS) y la calidad de vida (LTQL). Adaptados en Panamá. Diciembre 2015 a mayo 2016

Los datos de la tabla revelan la correlación entre los dominios de calidad de vida (LTQL) y el Modo de Interdependencia a nivel de significativo al nivel 0,05.

Dentro de los resultados obtenidos se pudo comprobar que hay diferencia significativa entre la correlación entre el dominio de adaptación del instrumento LTQL y el dominio instrumental del MOS-SSS con un p valor =0,016; lo cual es indicativo que a medida que aumenta la adaptación, las personas sobrevivientes desarrollan habilidades de

autocuidado que son los instrumentales como la preparación de alimentos, aseo, caminar. Las personas utilizan, su conciencia para la integración humana y ambiental.

La correlación entre el dominio somático del LTQL y el dominio informacional del instrumento MOS SSS presentó un p valor = 0,001. A un nivel de significancia de 0,05, lo cual es indicativo que las personas manejan los estímulos focal y contextual como es la mastectomía, los efectos secundarios de la quimioterapia y la aceptación a los procedimientos a medida que reciben información o guía del personal de salud o familiares.

Se encontró correlación entre el dominio de soporte afectivo del instrumento LTQL con el dominio informacional del instrumento MOS-SSS con un p valor = 0,004, a un nivel de significancia de 0,05. Esto es indicativo de que las personas sobrevivientes del cáncer de mama reciben afectos y como seres holísticos buscan autoanalizarse, a través de la información

La Correlación entre la dimensión de función cognitiva de la calidad de vida medida a través del LTQL y la dimensión de soporte afectivo del instrumento MOS-SSS dio un resultado significativo, reflejando un valor p = 0,002, a un nivel de significancia de 0,05. Este resultado evidencia que a medida que la persona tiene mayor conocimiento sobre el cáncer de mama, tiene más apego a los familiares, lo que implica una mayor posibilidad de sobrevivir.

Correlación entre el afrontamiento del LTQL Y el informacional del MOS-SSS con una significancia altamente significativa 0,004, es decir las personas tendrán mejor forma de afrontar los cambios que se les presenten en las diferentes etapas a medida que más reciban información y orientación, si reciben orientación e información sobre la terapéutica y efectos que se presentaran.

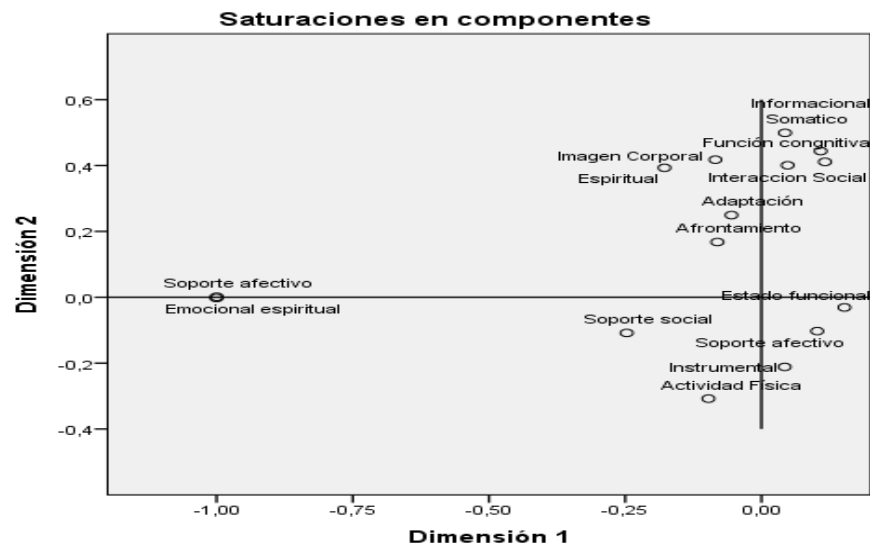
Las correlaciones efectuadas con el estadístico de Pearson evidencian que a un nivel de significancia de 0,05 existe asociación entre dominios del MOS y LTQL, siendo aprobada la hipótesis de investigación

Hi: Existe asociación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres sobrevivientes la cáncer de mama.

Por otra parte los resultados de correlación entre imagen corporal del LTQL e Informacional del MOS-SSS a un nivel de significancia 0,001, prueba el **supuesto las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los procesos cognitivos y emocionales**, por la siguiente interpretación: la imagen corporal constituye los cambios físicos a los que se somete las pacientes, constituyendo los estímulos externos, y la sensibilidad producto de los mismos los estímulos internos, los cuales pueden ser manipulados favorablemente para mejorar la calidad de vida brindándole cuidados mediante la informaciones, orientaciones que incluso le llevan a prepararse progresivamente para tener un mejor afrontamiento y adaptarse a los cambios que le ayudan a sobrevivir.

Además este supuesto es probado en la correlación demostrada entre función cognitiva del LTQL Y el soporte afectivo del MOS-SSS al 0,002. Evidencia que a medida que la persona que tiene más conocimiento sobre el manejo del cáncer de mama y recibe más afectos amor y compañía de las personas significativas tendrá mejores posibilidades de sobrevivir.

Grafica 16 Correlación Canónica entre los Dominios LTQL y el MOS-SSS. Instituto Oncológico Nacional. Diciembre.2015 a mayo 2016



Análisis: Los resultados de la correlación canónica entre los factores de ambas variables reflejan que al estar proximales al eje y soporte afectivo y espiritual, están relacionados, formando la dimensión 1, la cual puede ser nombrado como **interdependencia psicoespiritual** y el resto conforman el segundo dominio **adaptación, soporte social y estado funcional como la dimensión cuidados interdependientes** y el resto de dominios constituyen el tercer dominio: imagen corporal, actividad física, instrumental, informacional, afrontamiento, informacional.

Somático puede resumirse en el dominio **Salud integral**.

Combinación lineal de las dimensiones en la correlación canónica de los instrumentos MOSS y LTQL

Este procedimiento encuentra las combinaciones lineales de dos conjuntos de variables que tienen la mayor correlación entre ellas. En este caso, se formaron 2 conjuntos de combinaciones lineales.

a) El primer conjunto de combinaciones lineales del LTQL es $0,503134 * \text{Espiritual} + 0,548401 * \text{Adaptación} - 0,118601 * \text{Somático} + 0,272519 * \text{Soporte Afectivo} - 0,169111 * \text{Soporte Social} + 0,227038 * \text{Afrontamiento} + 0,0412725 * \text{Imagen} - 0,65485 * \text{Función Cognitiva} + 0,215107 * \text{Estado F} - 0,67048 * \text{Físico}$

b) El segundo conjunto de combinaciones lineales del MOS –SSS es el siguiente $0,576706 * \text{Informacional} - 1,2391 * \text{Soporte afectivo} + 0,129587 * \text{Instrumento} + 0,849926 * \text{Emocional} + 0,274248 * \text{Interacción Social}$

Las variables fueron primero estandarizadas, restándoles primero sus medias y dividiéndolas entre sus desviaciones estándar. La tabla muestra las correlaciones estimadas entre cada conjunto de variables canónicas. Las cargas canónicas reflejan la varianza que la variable observada comparte con el valor teórico canónico, y puede ser interpretada como una carga factorial para valorar la contribución relativa de cada variable a cada función canónica. Cuanto mayor es el coeficiente, mayor es la importancia que tiene para calcular el valor teórico canónico. Los dominios el soporte afectivo e interacción social son los asociados según gráfica 14.

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como propósito analizar la relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, para la realización de la misma, tiene de base teórica el modelo teórico de la Doctora Roy, dado que favorece el afrontamiento y la adaptación en mujeres con cáncer de mama contribuyendo en la sobrevivencia. . Las variables son conceptos multidimensionales, lo cual indujo aplicar correlación canónica y la muestra fue seleccionada en la relación 5: 1 tomando de referencia el MOS de 20 ítems, muestra de 100 personas posterior a las validaciones de los instrumentos MOS –SSS y LTQL; sin embargo por los criterios de inclusión la muestra se redujo a 75 sobrevivientes.

Entre los resultados a contrastar está la edad media de 54,36 años, enmarcando una etapa productiva interfiriendo su; rol social, con un recorrido donde la edad más joven fue 26 años y la mayor 88 años. Lo cual es coincidente con otros investigadores que el cáncer puede aparecer en cualquier edad, ya no prevalece en postmenopáusicas.

Datos similares reveló el estudio de (Ballet Sigal, Mazeau 2007), realizado en pacientes sobrevivientes al cáncer revela edad mínima de 26 años y la máxima de 88 años. Cabe señalar que según estos autores la supervivencia global es mayor en el grupo de mujeres más jóvenes en contraste con las de 47-54 años, en relación a muerte. De igual manera Fernández et al (2007), presentó en su investigación una edad media de 53,9 edades comprendidas de 18 a 81 años.

Algunos resultados de variables socio demográficas que enmarca el estatus en sociedad está el estado civil, prevaleciendo las casadas 46,7 %, , en relación a este tópico la Doctora Roy, 2008; ha resaltado que las relaciones interdependientes significativas son de

mayor importancia, en esta investigación prevalecieron los padres, esposos, miembros familiares lo cual induce que los afectos y apoyo psicosocial potencializan la interacción positiva, fortaleciendo el espíritu de lucha contra la enfermedad, .

Otro rasgo encontrado que prevaleció fue el nivel educativo de secundaria 42,7 %, cuyo ingreso predominante fue de 301-600, que es significativo para las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama un nivel educativo que les permite comprender orientaciones y cuidados, sin embargo el ingreso económico bajo interfiere en los cuidados y en el diagnóstico temprano del cáncer, sumado a los servicios que presta salud y que constituyen barreras para acciones oportunas en cuidados preventivos o posteriores al tratamiento, coincidente con (Nigenda et. al, 2009). .

Por otro lado la fe religiosa evidenciada a través que el 100% tienen práctica religiosa, demostrando que las participantes mantienen un nexo espiritual, que les fortalece durante las diferentes etapas por las que han atravesado; además puede deberse a la perspectiva que las pacientes tienen hacia la espiritualidad lo cual alimenta un cierto bienestar físico congruentes con los autores Espíndula, Martins Do Valle, Ales Bell (2010).

En referencia al estado de salud la percepción propia del paciente revela el 46,7% de buena salud, el 21,3% muy buena, excelente y regular con un 16,0%, lo cual es indicativo que los efectos posteriores a los tratamientos han tenido buenos resultados; siendo posible que no se hayan presentado complicaciones posteriores.

Estos resultados inducen que para la supervivencia se ameritan controles periódicos, por la incidencia de recidivas, efectos secundarios producto de los tratamientos, siendo imperante que la enfermera considere motivarse en implementa estrategias terapéuticas y

planes de asistencia, en el control de síntomas físicos al padecer secuela físicas, psicológicas, y sociales debido al cáncer Vivar (2005).

En síntesis las variables sociodemográficas de una u otra forma reflejan los soportes o potenciales con que cuentan para la recuperación, dada que calidad de vida fuera regular según el LTQL, pero que ellas perciben una condición de salud como buena, es positivo que se han adaptado y aplican sus cuidados para contrarrestar los efectos tardíos o secundarios que producen los tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

Una de las fases importantes del desarrollo de esta investigación fue someter a la validez y confiabilidad los instrumentos, previa al desarrollo de la investigación para probar la relación de ambos conceptos multidimensionales, el MOS-SSS en una muestra de 82 personas, midiendo el modo de interdependencia, LTQL en una muestra de 72 personas, para medir la de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama; ambos válidos y confiables MOS-SSS con un alfa de Cronbach de 0,912, siendo confiables según Priest, 2006, al tener alfacon valor proximal a 1. Su validez de constructo estuvo determinada por una carga factorial de 703,674. Al dar por resultado cinco factores tiene similitud con el autor original versión inglés de Sherbourne y Steward, 1991.

Este instrumento puede ser empleado en investigaciones de índole afectiva, social, y es válido para medir el modo de interdependencia.

El otro instrumento mide la calidad de vida empleado en sobrevivientes al cáncer LTQL, siendo consecuente con referencias metodológicas cuando Zapata & Grisales, 2010, refieren que lo importante no es continuar creando instrumentos para la medición de la calidad de vida, sino realizar investigaciones que permitan el mejoramiento y validación en diferentes culturas, tal como ha sido pretendido validando un instrumento, que puede ser

empleado en futuras investigaciones longitudinales, su validez y confiabilidad ha estado sustentada en los resultados. Presenta la validez de contenido es 0,95, con un alfa de Cronbach de 0,806, lo cual al contrastar con el de las autores Went Wyatt y Lawrie Freedman, tiene mayor grado de confiabilidad un alfa de 0,77 con cuatro factores Somático, filosófico /espiritual, físico y soporte social de los 34 ítems, de los cuales 11 son redactados negativos. Es de considerar que las sobrevivientes al cáncer de mama están influida por los precedentes a la enfermedad, la etapa en la cual fue diagnosticada y el no sufrir de otras enfermedades. El actual instrumento tiene validez de constructo por una carga factorial de 70,123 %, lo cual permite inferir una carga factorial excelente según (Hernández, 1998), partiendo de esta afirmación puede ser considerado en futuras investigaciones, Por lo demás existen otras investigaciones longitudinales, como ejemplifica el instrumento LTQOL –BC (Gordon & Simnoff, 2010), con 28 ítems con un alfa de Cronbach de 0,88, cuya carga factorial dio siete factores, en una muestra grande y en un término de 7 años, en largo tiempo, el cual como es observable es para aplicar en larga data; en investigaciones con cumplimiento académico tiene limitantes por el factor tiempo.

En los avalúos psico afectivos sobresalieron los factores emocional / espiritual (80%), que respondieron siempre, significativo que mantenían interdependencia con la pareja, familia y con Dios, creencia religiosa, lo cual se relaciona con el modelo de calidad biopsicosocial y espiritual (Efficace & Marrone, 2002), favoreciendo medir aspectos existenciales y espirituales hacia mejoras en el paradigma de atención, estos aspectos deben ser tomados en consideración por la enfermera al planificar cuidados en las diferentes etapas por las que atraviesan las personas con cáncer, donde desarrolle destrezas manipulando los

estímulos a favor de la recuperación progresiva del paciente, minimizando los efectos negativos de la terapéutica y enfermedad.

En relación a los supuestos de la Doctora Roy que direccionan esta investigación ***Supuesto: El sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia.*** (Roy, 2010), el cual es probado en la relación aplicando el Chi cuadrado de la asociación entre la variable número de miembros con el soporte afectivo a un nivel de significancia de 0,003, existe relación positiva contribuyendo a los cuidados del paciente y siempre recibe el soporte psicológico para afrontar la enfermedad, manteniendo la interdependencia.

Por demás se evidencia el valor del Supuesto: El afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo. (Roy, 2010) aprobado en la asociación entre los dominios del MOS de interacción social y el soporte afectivo con ***0,0001*** y por proximidad o distancia es claro que entre ambos dominios hay una alta correlación, lo cual aprueba lo planteado por Roy, 2008; al afirmar que en la interdependencia la persona busca afectividad, relaciones con otras personas para llenar vacío.

El Supuesto: Las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los proceso cognitivos y emocionales, el cual guarda relación con los resultados de la asociación planteada por el análisis de correspondencia, donde el mapa refleja, los dominios soporte afectivo y emocional espiritual, donde el soporte afectivo tiene la mayor ponderación de (-1,0 seguido por emocional espiritual (-1,0), la cual denominaremos interdependencia psico espiritual, al aplicarse manipulada por enfermeras que a la vez manipulan estímulos focales y contextuales bajo la influencia de la espiritualidad

y manejo de las emociones; lo cual es fomentado porque las personas tal como revelaron los datos practican la religiosidad.

Esta valoración se ve fortalecida por las dimensiones Informativa 0,832; soporte afectivo -0,870 e Interacción Social, 899, donde enfermería promueve el autocuidado mediante información guías, el cual representa los cuidados interdependientes fundamentados en el valor teórico del modelo de adaptación; esta información es congruente con Vázquez & Castilla (2007) al afirmar que la demostración de afecto influye en el estado de salud concepto inmerso en el modo de interdependencia.

Este supuesto se aprueba entre las correlaciones entre imagen corporal LTQL, e informativa $p = 0,001$, a un nivel de significancia de 0,05, lo cual es indicativo que las personas manejan los estímulos focales y contextuales.

De igual manera es probada la hipótesis por las correlaciones entre somático del LTQL e informativa del MOS-SSS $p = 0,001$ lo cual es indicativo que las mujeres con cáncer de mama se les manejó los estímulos focales y contextuales como los efectos secundarios de la quimioterapia y cirugía aceptando los procedimientos a medida que reciben información, o guía del personal de enfermería o familiares.

Finalmente también es probada la correlación entre soporte afectivo del LTQL e informativa del MOS-SSS a una $p = 0,004$, a un nivel de significancia de 0,05 donde se observa la integración entre los procesos emocionales y cognitivos.

En definitiva esta investigación prueba la hipótesis de la relación entre las variables socio demográficas y el modo de interdependencia, al tener el valor de Chi cuadrado de 0.003 entre el número de miembros y el soporte efectivo del MOS; representativo que las variables socio demográficas, médicas están relacionadas con la interacción social positiva,

el soporte social, la red de apoyo representada por la familia, las que en si mejoran cuando existe la ayuda instrumental, la afectividad.

Los resultados que demostró el instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama LTQL son congruentes con la realidad cuando aducen molestias en su cuerpo, un año después del tratamiento, a través de indicadores del funcionamiento físico, cognitivo, emocional, social, desempeño de rol, imagen corporal, perspectiva futura y estado de salud general; ambos coinciden que las condiciones que rodean a la mujer con cáncer de mama influyen para un avalúo de salud holística.

Ciertamente lo planteado por Vivar, 2008 al fomentar estudio de calidad de vida, de supervivencia a largo plazo de cáncer de mama, cuya función importante en el ámbito de la Enfermería es contribuir al conocimiento científico con el fin de mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

Una vez aplicado el LTQL con ítems que miden en una escala likert con ítems positivos y negativos, reflejan la realidad de la calidad de vida resultó buena a regular. Además aunque no ha sido de predominio el tipo de estadio, el diagnóstico temprano también influye para los futuros resultados. Cabe reafirmar que la evaluación de la calidad de vida de las participantes arrojaron resultados similares al estudio calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento por (Fernández, Padierna & Villorrio, Peláez, 2007), en el cual sobresalen síntomas, alteraciones del sueño, cansancio, alteraciones de sabores experimentados de forma regular; la tendencia indica que los sobrevivientes mejoran la valoración del estado general con el avance del tiempo.

Es positivo para oncología asistirse del modelo de adaptación aplicando el modo de interdependencia de la Doctora Roy, puesto que limita la depresión, tristeza, aislamiento,

factores negativos que deben ser limitados y rodearse de una atmósfera con afrontamiento positivo, que se promueva la adaptación a los cambios con mejores respuestas a los tratamientos.

En síntesis esta investigación es una semilla que germina en la rama oncológica para darle valor a la interdependencia familiar, social, de enfermería, y de profesionales del sector salud, que deben mantener una praxis humana para disminuir el estrés, la depresión, la tristeza, el aislamiento, por lo contrario motivar a tener positivismo para afrontar el cáncer, posibilitando alternativas para mejoras en la calidad de vida en mujeres sobrevivientes del cáncer de mama.

CONCLUSIONES

Conceptuales:

1. En la validación del MOS-SSS en Panamá, el análisis factorial reveló una carga factorial de 73.674, de cinco factores similar a la versión original en inglés de Sherbourne CD, Stewart. siendo nombrados informacional, soporte afectivo, instrumental, emocional/espiritual e interacción social. alfa de Cronbach 0,91, validez de contenido de 0,90.
2. La validación del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer el LTQL dio por resultados Validez de constructo de 70,123, con 10 factores. Validez de contenido 0,95. Confiabilidad de 0,806.
3. La muestra de 75 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama encuestadas en un periodo de seis meses evidencian una edad media de 54 años, similar a la media en estudio Calidad de vida, año después de haber finalizado el tratamiento de Padierma et al, 2007- lo que indica que estas mujeres aún están en edad productiva.
4. El estado civil que sobresalió es el estar casadas con un 46,7% y con parejas 22,7, lo cual es revelador que la afectividad, el amor, y la compañía son elementos valiosos para afrontar las diferentes etapas por las que atraviesan mujeres con cáncer de mama, induciendo un cuidado humano por parte de sus parejas; reforzando sentimientos de autoestima, seguridad, imagen. Se deja por sentado que las relaciones con su familia, con su pareja e hijos fortalecen su forma cognitiva de asumir el proceso contra el cáncer de mama, adaptándose positivamente para poder tener resultados de sobrevivencia.
5. En el nivel educativo sobresale secundaria con 42,7%; universitario 29,3%, lo cual revierte positivamente en estas unidades de análisis, dado que la educación contribuye a internalizar el autocuidado; además que la mujer con alto nivel educativo está al

pendiente de una detección temprana congruente con la prevalencia del estadio 1 en un 72,0%, de igual manera a mantener controles posteriores.

6. En relación a las variables médicas el 60,0% realizan actividad física, lo cual es indicativo que han aplicado este cuidado que contribuye a minimizar los efectos de la fatiga, por tanto favorece el estado de salud, la cual perciben como un 46,7% como buena y un 21,3% como muy buena.
7. El 38,7% de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama revelaron no ameritan ayuda, y el 61,3 refirieron que si lo ameritan, podemos inferir que han afrontado positivamente las etapas hasta sobrevivir, han controlado los estímulos focales y contextuales con resultados positivos que han favorecido la calidad de vida.
8. Los instrumentos Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer, versión adaptada en Panamá, presenta una validez de contenido de 0,097% y el instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer al de mama (LTQL), versión adaptada al contexto panameño, evidencia un 0,95%. De igual manera la confiabilidad revelada para el MOS-SSS es 0,908; y el LTQL 0,806, es afirmativo que son instrumentos válidos y confiables. Las características de calidad de vida diagnosticadas en el instrumento calidad de vida que han evidenciado las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama han facilitado la clasificación 22,7%; muy buena 14,7 y buena 9,3%. , consideramos que esta evaluación está relacionado con estadio 1, que sobresalió con 72,0%, lo cual ha influido que el paciente respondiera positivamente al tratamiento y a la condición de independencia con 61,3%, revelador que el paciente puede satisfacer sus necesidades sin ayuda, lo cual es un sustentador que mantiene salud estable. .

9. En el contexto de la investigación ha resultado que la espiritualidad tanto en el modo de interdependencia, medido por el Cuestionario MOS-SSS como en la calidad de vida por el LTQL son congruentes con la praxis religiosa católica en un 89,3%; evangélica con un 9,3%, ha constituido elemento de apoyo en la sobrevivencia de pacientes con cáncer de mama, lo cual nos lleva a reflexionar que posiblemente la fe, paz, que brinda la interdependencia con Dios, provee seguridad, confianza, disminuyendo el estrés y la depresión.
10. Las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama el 60% realiza actividad física, lo cual es positivo para contrarrestar los efectos secundarios que se presentan, como es la fatiga, la cual se minimiza al irse adaptando la paciente, realizando ejercicios físicos a su ritmo y condición de salud, los cuales le fortalecen y contribuyen a mantener su independencia funcional.
11. El análisis fundamentado en Chi cuadrado a un nivel de significación de 0,05 al 95% de intervalo de confianza, se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la nula, no obstante existen dominios del modo de interdependencia y calidad de vida que están relacionados, según la correlación canónica como son soporte social, soporte afectivo, espiritualidad.
12. Existe asociación entre las variables socio demográficas y el modo de interdependencia, dado que la buena aplicación del modo de interdependencia, por lo que podemos inferir que ambas variables están relacionadas, sin embargo la investigación puede ser complementaria
13. El modo de interdependencia de Roy, involucra la interrelación espiritual, por lo cual las intervenciones de enfermería, deben resaltar la espiritualidad para motivar la vida calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama deben ser de preferencia longitudinales

desarrollados por una red multidisciplinaria, a fin de establecer apoyo integral que provean recursos.

Teóricas:

1. El modo de interdependencia medido a través del cuestionario MOS-SSS evidencia que en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, existen factores que contribuyen a su desarrollo, con valores alfa de soporte afectivo 0,675; Emocional – espiritual 0,715; Interacción social 0,90. Desde este enfoque hemos encontrado que la religión predominante en la praxis religiosa, es la católica en un 89,3%.
2. Han sido probados los supuestos de Roy, relacionados con el modo de interdependencia, donde la espiritualidad, soporte emocional, afectivo son importantes para fortalecer a las pacientes y afrontar positivamente el evento traumático del cáncer, demostrando a lo largo de las etapas adaptación positiva hasta recuperarse.
3. Las asociaciones revelaron probar el supuesto **el sistema de las relaciones incluye la aceptación, protección, y el fomento de la interdependencia.** (Roy, 2010), con un Shi cuadrado con un 0,003 determinándose relación entre soporte afectivo y el número de miembros.
4. Ha sido probado el supuesto, **el afecto, el amor y los recursos de apoyo son elementos del modo de interdependencia que al estar presentes favorecen el afrontamiento positivo.** (Roy, 2010), al encontrarse un nivel de significancia de 0,0001 en la relación entre la interacción social y soporte afectivo.
5. El supuesto Las características de los estímulos internos y externos influyen en la adecuación de los proceso cognitivos y emocionales ha sido aprobado con las siguientes asociaciones terminar

RECOMENDACIONES

1. Promover una cultura en la ejecución de programas de rehabilitación, considerando el desarrollo de actividades instrumentales, de interacción social y de información, con la participación de cuidadores y amigos, fomentando mejoras en el entorno social que rodea a las pacientes que desarrollan cáncer de mama.
2. Divulgar la aplicación del modo de interdependencia de la Doctora Roy en las relaciones enfermera, paciente y familia, favoreciendo la interacción socio afectiva, espiritual, que promueva el conocimiento del cuidados continuo en enfermedades crónicas como el cáncer.
3. Promover la utilización de los dos instrumentos Adaptados en Panamá, MOS-SSS de apoyo social y el instrumento de calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer LTQL, en una atmósfera investigativa para enfermería y profesionales afines, en universidades y hospitales para estudios, dado que posibilitan estudios cuasi experimentales y fenomenológicos.
4. Hacer divulgación sobre los aspectos negativos que delimitan la rehabilitación positiva en mujeres con cáncer de mama, fortaleciéndose los canales de red de apoyo, subsidios a pacientes sin recursos, y monitoreando a mujeres sobrevivientes en las áreas. con el apoyo de la red primaria en salud.
5. Al evidenciarse las relaciones entre el modo de interdependencia y la calidad de vida, deben desarrollarse programas de apoyo psicosocial, espiritual, afectivos, fortalecidos con redes de apoyo, y monitoreos a pacientes oncológicos por enfermería para dar seguimiento, implementando estrategias oportunas intra y extra hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Agostino R, Castañeda, A; Dilorio. (2002). Epidemiología del cáncer de mama en el Distrito II. Avellaneda, Disponible: <http://www.colmed2.org.ar/imagen/publ03>.
- Aguilar Ticona Marina, Aspilcueta Gho Danie. (2009). Cáncer de mama. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 1(4), Disponible en [http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/9 %20Cancer%20Mama.pdf](http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/9%20Cancer%20Mama.pdf).
- Amir M, Rama A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. Journal of Anxiety Disorders, 16(2): 195-206.
- Ander, E. (2004). Los grupos de autoayuda y el apoyo social. Ergon, Madrid.
- Anderson BL. (1990). How cancer effects sexual Functioning Oncology, 4: 81-94 (context ling)
- Andrés Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente de Oncología. Barcelona, 28(3), 51-57. Recuperado en 11 de octubre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300009&lng=es&tlng
- Aparicio, Llanos A, Salas M. (2009). Patrones geográficos de incidencia y mortalidad evitable por cáncer de mama en Costa Rica. citado (2012, marzo 31) Revista de Salud pública [revista en la Internet; 18(1): 43-47. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-292009000100008&lng=esttp
- Arribas, A (2006,). Adaptación transcultural de instrumentos: guía para la validación de instrumentos tipo encuestas. Bahía Blanca Argentina. Revista científica de la AMBB Revista científica de la AMBB Vol 16 (3): 482
Disponible: <http://www.ambb.com.ar/trabajosrevistacientifica>
- Asociación de Oncología española. (2012). Experiencia de las mujeres con cáncer de mama en España. Observatorio del cáncer, AECC. España octubre 2012. Disponible https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documentos/Resultados_Experiencia_mujeres_c_mama.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer [Internet] España, [acceso 24 de noviembre 2014]. Cáncer por localización, cáncer de mama. Disponible en: <https://www.aecc.es/>
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). Optimismo inteligente. Madrid. Editorial. Alianza <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-del-optimismo/fil>

- Badil, M. H. J. Castillo, K. Cortez, A. Wong & P. Villalpando (2009). Análisis de correlación canónica (ACC) e investigación científica. UANL, San Nicolás, N. L. México, (ISSN 1665-9627) <http://eprints.uanl.mx/12486/1/A9%20%281%29.pdf>
- Biffi R. G.; Vilela Mamede, M (2010). Perception of Family Functioning Among Relatives of Women Who Survived Breast Cancer: Gender Differences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Mar-Apr 2010; 18(2): 269-77 www.eerp.usp.br/rlaehttps://pdfs.semanticscholar.org/e781/0d0ebdf93bf6d16f5f854672adb9572b7419.
- Bollet M. A., Sigal-Zafrani & B., Mazeau V, (2007). Age remains the first prognostic actor For loco-regional breast Cancer recurrence in young (<40 years) women treated With breast.
- Braña, B., Rodríguez Díaz, F J; Cuesta, M. ; Bobes, j &. Gómez, P., Saiz PA (2010). Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los Profesionales de la salud Facultad de Psicología Universidad de Oviedo conserving surgery first. *Radiother Oncol*.291.
- Bray F., McCarron P, Parkin DM. (2004) The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Research*; 6: 229-239 <https://doi.org/10.1186/bcr932>
- Calvo-Gil, María Julia, Narváez Pinochet & Priscila Andrea. (2008). Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. *Index de Enfermería*, 17(1), 30- 33. Recuperado en 12 de octubre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100007&lng=es&tlng=e
- Capiello M, Cunningham RS &, Knobf Mt (2007). Breask cáncer information survivors support after treatment *Clin Nurs Res*, 16(4) 278-93,
- Carrillo (2010) Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. *Retos a futuro. México Revista. Salud pública.* N°52
- Cerezo, M. V.; Ortiz Tallo M. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de Mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica-*Rev. latinoam. psicol.* vol.41 no.1 Bogotá Jan. /Apr.
- Cerezo, M. V. Guzmán (2014). Variables Psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Revista Información psicológica* doi: <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.106.2>, <http://www.informaciopsicologica.info>
- Cervantes V. H. (2005). Interpretaciones del Alfa de Cronbach. *Universidad Nacional de Colombia Avances en medición*.3.9.28.

- Cervera & Aubá (2005), Calidad de vida y dinámica familiar. Boletín de Psicología, No.85, Navarra. España Cohen S., and Syme S L Social support and health. New York Academic Press.
- Coello Valdés, E, Blanco Balbeíto, N. & Reyes Orama, Y. (2012). Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas con enfoque filosófico epistemológico. Edumecentro, 4(2), 137-146. Recuperado en 22 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000200017&lng=es&tlng=es
- Contraloría General de la Republica. Departamento de análisis de situación Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. (2011).
- Cristopher D Glenfield, Catherine Green, & Kevin H. Kim self D Gjesfield, Catherine G Greeno, (2008) 231-237 DOI: 101177/1049731507309830Research on social work, vol 18 N
- Costello, A. B. & Osborne J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. North Carolina State University Practical Assessment research & Evaluation, 10(7). Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&>
- Cuadras, C. (2014) Nuevos métodos de Análisis Multivariantes Disponible en: <http://www.ub.edu/stat/personal/cuadras/metodos.pdf>
- Da Silva, G. & Dos Santos, M. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. Revista Latino-americana Enfermagem, 18, (4), 688-695
- Dapuelto, J. Servente, L., Francolino, C., & Hahn, E. (2005). Determinants of quality of life in patients with cancer. Cancer, 103(5), 1072-1081.
- Efficace F, Marrone R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. Death Studies. Revista Pubmed; 26: 743–756.
- Espíndula J. A., Ranier Martins R E. Do Valle3, Bello A(2010) religión y espiritualidad Latino-Am. Enfermagem. Vol.18 N° 6
- Fernández C, Paderna, Isaac Amigo, Villoria, E. Gracia, J, M, Fernández, & R E Peláez, I. (2004) Estudio Longitudinal de los Parámetros de Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos. Psico oncología. Vol.1, Núm. p.194- 204. España Disponible en <http://ddd.uab.cat/pub/artpub/1994/71667/00665126n6>.

- Fernández, C, C. P., Amigo I., & Villoria, E, José M. Gracia,, J, M, & Fernández, R, Peláez I (2007) calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. psico oncología. Vol.4, Núm.1, pp.43-57
- Florez, Torres., Herrera, Alarcón E & Carpio, Jiménez Amador MA; Zambrano, Barrios, oyes Narbaéz (2011, abril). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. Colombia *Revista Aquichan* - Vol.11 N° 1 – Chia.
Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a03.pdf>
- Florez Martínez D. P (2012), Efectos en la Calidad de Vida. en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.
- Fontibón, L, F., Lorena Acosta Hernández, I. Julieth Valdelamar Jiménez, J-, Adriana Valdelamar Jiménez, A & Sánchez Pedraza. (2015) Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. Doi: dx. doi. org/10.12804/apl33. 03.2015. 02
- Ganz PA, Desmond KA, ; Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE&, Belin TR(2002) Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study Journal the National Cancer Institute Jan 2; 94(1): 39-49.
- García Viniegras, C. R. V; González B, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana, vol.25, 32
- Gil, Roales, J. (2004). Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Gómez, Dávila J. (2006), La mortalidad materna una tragedia evitable. Universidad De Antioquia; 2006 [en línea] [consultado el 26 de septiembre de 2007]. Disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/nacer/PDF/1%20La%20mortalidad%20materna,%20una%20tragedia%20evitable.pdf>. Gómez.
- Gonzales Rivas C., Domínguez Berjón M, F & Mochales, J. (2007) Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid.
- Gonzales, Rivas LM., González Robledo MC., Nigenda, G., & López Carrillo L. (2010) Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro, Salud Pública. México.52 (6).
- González, Robledo, LM, Nigenda G. (2013). Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. Rev Panamá Salud Pública. ; 33(3): 183– <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a04v33n3>.

- Goncalves, T. R., Pawloski, J., Bandeira, D. R. & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de Apoio Social em estudo brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. *Revista de Psicología* Vol.33 (2), 2015 (ISSN 0254-9247) <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2.pdf>
- Gordon NH, Smirnoff LA (2010). Measuring Quality of Life of long term Quality of life Breask cancer (LTQOL-BC) scale. *J Psychosocial oncol* 28: 589-609
- Haes JC, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS, Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *ur J Cancer*.2003 May; 39 (7): 945-51. PMID: 12706363. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12706363>
- Hambleton, R. K. y Patsula, L. (1999). Increasing the validity of Adapted Tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1. Disponible en <http://www.testpublishers.org/journal1.htm>
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. En R. K. Hambleton, P. F. Merenda y S. D. Spielberger (eds.): *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*). New Jersey: Lawrence Erlbaum Asociaste. pp. 3-38.
- Hernández, Rodríguez, O. (1998) *Temas de análisis estadístico multivariado*. Editorial de la Universidad de Costa Rica ISBN 997-67-490-6-p.77, 79, 169
- Hernández Sampieri, R., Fernández, Collado. & Baptista Lucio. (2010). *Metodología de la Investigación*.5ta ed. México. DF. Editorial McGraw Hill. Interamericana S.A. De CV.
- Hernández, L. & Cella, D) (2016) La calidad de vida relacionada a la Salud Resultado importante de los tratamientos para el cancer, Vol 17 *Health Sciences journal Puerto Rico*.
- Holzner B, Kemmler G, & Kopp M, Moschen R, Schweigkofler H, Dünser M, Margreiter R. (2001). Quality of life in breast cancer patients- not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 42 (2): 117-123
- Hoffmann, F. S., Müller, M. C. & Frasson, A. L. (2006). *Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com Câncer de mama*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 239- 254.
- Izquierdo-González, M., González-Pérez, U., Alerm-González, Alina, & Jáuregui Haza, Ulises. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cancer de mama. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(2) Recuperado en 11 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200014&lng=es&tlng=e

- Lozano, R., Gómez-Dantés H. & Sarah L., Torres, Sánchez, L.; López-Carrillo L (2009) Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. México. Revista Scielo Salud pública / vol.51, suplemento 2 de 2009. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a04.pdf>
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Aguirre, J. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, 5(1), 142-150.
- López, Carrillo (2010, noviembre, diciembre). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. México. Revista. Salud pública. 52, no.6.
- J. Clin oncol 2008 10; 26 (5) 758-67. Doi 10.1200/JCO.2007.14.285158-67
- Knaul, F. M; López Carrillo l., Lazcano, p. (2009). *Cáncer de mama un reto para la sociedad y los sistemas de salud pública Salud pública de México / vol.51, suplemento.*
- Knaul, F. M Nigenda, G., Lozano R, Arreola-Ornelas, H. & Langer, A, Frenk, J. (2009) *Cáncer de mama en México: un prioridad premiante.* Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México, vol.51, (2): 335-344.
http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File//suplemento%202/24-
- Kim JK, Kwak BS, Lee JS. (2007) *Do very young Korean breast cancer patients have worse outcomes?* Ann Surg Oncol. ; 14(12): 3385-9
- Landeros, R. ((2009). Factor structure of the perceived Stress Scale (PPS) in a Sample from Mexico. The Spanish Journal of Psychology, 10 (1), 201- 208.
- Lazcano M, Salazar BC, Gómez MC. (2008) *Validación del Instrumento: afrontamiento y Proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo2.* Aquichan (1): 116-125.
- Lea Baider (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Revista International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol.3, N° 1, pp.505- 520 Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ ISSN 1576-7329. Disponible en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
- Leyva-pescador, Y. Solano-Arellano G., & Labrador-Ortega L, Gallegos-Alvarado M., Ochoa-Estrada, M. C. (2011) Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. México Vol.2, (1)
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.44>

- Londoño Calle Y. C. (2009) El Proceso de Adaptación en las mujeres con cáncer de mama Revista Redalyc. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/1052/105213198007.pdf>
- Lozano, R., Gómez-D. H. & S. L., Torres, Sánchez, L. ; López-Carrillo L. (2009). *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. México*. Revista Scielo Salud pública de México / vol.51, suplemento 2. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a04.pdf>
- Mayordomo Casanova MC, López García G & Lécina Jerez T. *Percepciones subjetivas sobre el cáncer de mama en mujeres urbanas y rural es de Almería*. (2004) Educare 21; Disponible en:
<http://enfermeria21.com/educare/educare10/aprendiendo/aprendiendo>.
- Mesquita Melo, E; Magalhaes da Silva, R. . De Almeida, A. m Carvalho, Fernández (2007). *Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama*. Brasil Enfermería Global. <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>
- Molov V, Tepavicharova P., Deenichin G, Dimov R & Stefano C. (2008) *Health related Quality of live in breast cancer patients-actuality and problems*. En: Khirurgiia. 00460(6): 39–43. Citado por: García CR. Calidad de vida: aspectos. teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós.
- Mora M., Villalobos D. Gerardo Araya G. & Ozols Antonieta (2004). *Revista MH Salud* (ISSN: 1659-097X) Vol.1. N°.1. Septiembre.
- Moreno, B. & Kern de Castro, E. (2005). *Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura*. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 46-52
- Moreno, M. (2001). Aplicación del Modelo de Adaptación en un servicio de Rehabilitación ambulatoria. ISSN1657-5997, N° 1 periódico en la Internet en:
<http://diannet.unirojaes/servlet/articulo?codigo=2107525>
- Milne HM, Wallman KE, Gordon S. (2015). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors, a randomized controlled trial Breast cancer Res Treat 2008; 108: 279-288.
- Mikulic I. M, Crespi M. C (2012) *Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de MOS (CRI-A) para adultos*. Anu. investig. [revista en la Internet][citado 2012 Abr 04]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100030&lng=es

- Ministerio de Salud. *Registro Nacional de Cáncer de Panamá* (2010). Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud 90.34.154.93/rncp/?q=node/13.
- Ministerio de Salud. *Situación de Salud de Panamá* (2013). Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Disponible en http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/situacion_de_salud_panama_2013_0.pdf
- Ministerio de Salud. *Situación de Salud de Panamá* (2014). Panamá. Institucional: Dirección de Planificación - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud disponible http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/ind._basicos_pma_2014.pdf
- Muzzatti, BM A. Annunziata (2013). Assessing in long-term cancer survivors a review of available tools. Support care cancer. Unidad de oncología Psychology Centro de retiro oncológico IRCCS. Instituto Nazionale Tumori, Aviano. Via F Gallini Italy Review: . 121: 3143-3152
DOI: 10.1007/00520-013-1912-6C: /Users/JHOSSY/Downloads/30232-64523-1-PB%20(2). pdf.
- Muhlenkamp, A. F, A. F AF, Sayles JA. Self Esteem (1986) Social Support, and Positive health practices, Nurs Res; 35; 334-338
- Munar Sinisterra. Gerardo Esteban. (2007). La familia como factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer de mama a Universidad de la Sabana. Colombia. Vol. N°6: //revistas.um.es/global/articulo/view/237.
- National Cancer Institute [Internet]. Estados Unidos. [Consultado el 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://srab.cancer.gov/prevalence/canques.htm>
- Nunnally J. C Bernstein Teoría (1986) Psicometría, México Editorial Mc Graw Hill. p.254
- Northouse, D Mood, T Kershaw (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members) Journal Clinical
- Oletta, J. (2012). Cáncer como problema de Salud *situación del programa Nacional de lucha contra el cáncer*. Disponible en:
Organización Panamericana de La Salud, organización Mundial de la Salud (2004)
- Organización Panamericana de La Salud, organización Mundial de la Salud (2012) Cáncer de mama. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041%3A2011-breast-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3639&lang=
Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud

- Ostiguin Meléndez R. M., S. E. Pérez Zumano, S. E. M. L., Bernal Becerril. L. M, Amador Buenabad Velarde, E, Jurado, MC & Ávila- Figueroa (2002). *Evaluación de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama entorno al Apoyo familiar-*. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 5. N° 2 Abril-Junio México, D. F.,
- Paiva Rodríguez Dafne; Maghaes de Silva, Raimunda & Pereira Rodríguez Mara do Socorro, (2002). *Relaciones de interdependencia asumidas por mujeres mastectomizadas*. Rio de Janeiro Brasil
- Pedrosa, I, Suárez J, Álvarez, Y & García-Cueto E (2014) *Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación*, Rev. Acción psicológica, junio 2014, vol.10, N° 2, 3-20. ISN: 1578-908X
- Peña Daniel, (2002) *Análisis multivariantes* Mc Graw Hill. España. S. A. p 539
- Pineros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. (2011) *Delay for diagnosis and treatment of breast cancer in Bogota, Colombia*. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cancer de mama en Bogota, Colombia. ; 53 (6): 478-485.
- Priest, R. H. *Rehability and validity in research Nursing Standard* Estados Unidos 2006-1 20 (49): p.41-45.
- Requena, Costa G; Salamero M; Gil F. (2007). *Validación del cuestionario MOS. SSS de apoyo social en pacientes con cáncer*. Unidad de Psico Oncología Hospital Duran Reynals. Instituto Oncológico. Med Clin (Barc; 128 (18): Barcelona España, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307726970>
- Romero, & Alarcón-Rosales M de los Á(2008). Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; 16(3): 145-153. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim083d.pdf>
- Recalde MTI, Samudio M (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010 Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. Mem. Inst. Investig. Ciencia Salud, Vol.10(2) Diciembre 13-29. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>
- Roy, C & Andrews, H. . (1991). The Roy adaptation model Norwalk, CT Appleton & Lange.
- Roy C& Andrews J. (1999) *The Roy adaptation Model, chapter 16. Interdependence Mode of the Person*. 2 end ed Stanford CT Appleton & Lange. Estados Unidos.

- Roy, C & Hanna, D. (2001) Roy Adaptation Model perspectives on family Nursing Science Quarterly, 14(1), 9-13.
- Roy C (2008) Adaptation. Person Education. Third edit Chapter 20. Massachusets. EE. U. U.
- Roy, C (2009). The Roy Adaptation Model (3ra ed.). Upper. Saddle. River, NJ: Pearson
- Salas Zapata C, Grisales Romero H. (2010) *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia*, Colombia. Revista Panamá Salud Pública; 28(1): 9–18. Doi. org/10.1590/S1020-49892010000700002
- Salas Zapata C-; Grisales Romero (2010) *El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*. Salud Uninorte. Barranquilla. Universidad del Norte Colombia. (Col.); 26 (1): vol.26, núm.1, 2010, pp.134-142
http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/f2097455-92ce-4165-84a29ea7f695b0ad/2010_El+reto+de+la+valoraci%C3%B3n+de+la+calidad+de+vida.pdf?mod=ajperes
- Sánchez, V. L &. Ramírez Mendiola (2008) Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex; 76(11): 667-72.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811f.pdf>
- Schneider Hermel J1, Pizzinato, A, Magaly Calderón Uribe, M, (2013) Revista de Psicología Vol.33 (2), 2015 (ISSN 0254-9247) disponible
<http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2>
- Sears SR, Stanton AL& Danoff-Burg S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefi t fi nding, Positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol*; 22(5): 487-97.
- Sergestrom SC. (2000). Personality and the immune system: Models, methods, and mechanisms. Ann Behav Med; 24(6): 671-88
- Sinisterra G. E. (2007). La familia como factor coadyuvante en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer de mama. Universidad de la Sabana. Colombia.
- Solana, A. C. (2013). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología (Barc.) [online].2005, vol.28, n.3 [citado 2013-12-13], pp.51-57. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0378 4835. <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352005000300009>.
<http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/09.pdf>. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) (2015

- Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer, (2015) Conocimiento del cáncer de mama hereditario de enfermeros en un hospital público. Rev. Latino-Am. Enfermagem. DOI: 10.1590/0104-1169.0185.2529. www.eerp.usp.br/rlae
- Torres, Sánchez L, Galván, Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, & López-Carrillo L (2009) Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. M. México. Revista Salud Pública; 51 supl 2: S181-S190
- Torres, Arreola L del P., & Vladislavovna D(2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 45 (2): 157-166.
http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072i.pdf
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, 9, 455-- 471
- Tristán, L, A.; Molgado R. D (2007). Tablas de validez de contenido. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, S. C. Mariano Jiménez 1830ª. Col. Balcones del Valle 78280 San Luis Potosí, México. Disponible en:
http://www.itsescarrega.edu.mx/documentos/desacad/Curso%20Taller/TablaS~1.
- Vaquero C. Rivera, E (2012). *Calidad de Vida y como se percibe en pacientes oncológicos*. Universidad de la Sabana, Colombia.
http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2205/1/131443.pdf
- Vásquez M., Calatayud, García Vivar C(2009). Universidad de Navarra. España
Hhttp://www.researchgate.net/publication/Savadatt S, Levy AG. *The transition from breast cancer survivors patient to survivor Psych oncology* 2009, 18(1)195-112.
- Vázquez C, Castilla, C Carmelo (2007). *Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. . Revistas. ucm. e. Vol 4, No 2-3 ISSN 1696-7240.*
- Velarde, E, Jurado, MC & Ávila-Figueroa (2002). *Evaluación de la calidad de vida Salud Pública México*; 44: 349-361. <http://www.scielo.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>.
- Vigo, M. Carn, M. R., (2002) Apoyo Social en adultos puertorriqueños con diagnóstico de cáncer. Puerto Rico. RevistaPRIST, Vol 1.
- Vivar, C. (2004). *Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama: Un área olvidada en la investigación enfermera española. Index de Enfermería*, 14(50), 25-29. Recuperado en 06 de noviembre de 2016. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005002200006&lng=es&tlng=es.

- Vivar, G, C. McQueen A (2005). Informational and emotional needs of long term survivors of breast cancer. *J Adv Nurs*. volumen; 5 (51): 520–8
- Vivar G., C. Carcía & Vásquez C, M. (2009). The transition from breast cancer survivors patient to survivor *Psych oncology*. Universidad de Navarra. Savadatt S, Levy AG. 18 (1)195-112. España.
<http://www.researchgate.net/publication/749663878>
- Vivar, C. G, (2011) Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga Supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia. Elsevier España, S. L. doi: 10.1016/j.aprim.2011. 07. 011.
- Wyatt, Gwen, Friedman Laurie. *Long Term Female Cancer Survivors: Quality of life issues and clinical implications*. (1996). Issue: volume 19(1) pp1-7
<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3-22.oa/bovidweb.cg>
- Witchen, Dean Johnson, R (2002) *Applied multivariate statistical analysis*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey. Texas.
- Yélamos A. y Belén Fernández (2011). *Necesidades emocionales en el paciente con cáncer*. [org/wp-content/uploads/necesidades-emocionales en-el-paciente-con-cancer](http://org/wp-content/uploads/necesidades-emocionales-en-el-paciente-con-cancer).
- Zumano S. E. ; Bernal Becerril L. (2007). *Facultad de psicología. experiencias de mujeres con cáncer de mama en torno al Apoyo familiar*.
[www.salud.org.do/cancer problema en salud](http://www.salud.org.do/cancer-problema-en-salud).

ANEXOS

Anexo 1

Cronograma

	2013		.2013-2014		2015 -	2016-	Entrega
Actividades	Abr. Junio	Julio Octubre	Nov. Feb.	Marzo	Mayo 2016	Sep. – Oct	
Búsqueda de referencias	X X	X		X		x x	
Búsqueda de instrumentos	X						
Redacción del 1. capítulo		X		X			
Marco Conceptual		X	X				
Redacción de la revisión bibliográfica	X	X	X	X	X		
Diseño metodológico			X				
fundamentación filosófica-Teórica		X	X	X			
Sustentación de Anteproyecto				X			
publicación de articulo							
Adecuación de Instrumentos: validez y confiabilidad en el contexto panameño							
Pasantía relacionada a la investigación						X	
Aplicación de instrumentos adaptados					X		
Procesamiento de los datos							
Análisis de la información							
Revisión final: Español y asesora							
Entrega y sustentación de Tesis							Octubre 2018

Anexo 2

Presupuesto

Descripción del insumo o material/ actividad	Costo unidad /Mes	costo Total –meses
Fase de planificación: Anteproyecto		
Equipo: computadora	500	500
Viáticos: transporte, alimentación, hospedaje	70	700
Electricidad: carga extra	20	200
Material impreso	50	50
Traducciones de artículos	50	50
Sub total	690	1500
Implementación del proyecto		
asesorías técnicas: estadista	2000	2000
impresiones y copias de instrumentos	200	2200
honorarios de la investigadoras	3000	5200
Viáticos: transporte, alimentación, hospedaje de aplicadores	2000	7200
pasantía de investigación	3000	10, 200
Revisión de español	300	10500
procesamiento de datos	300	10, 800
Sub total		10, 800
Fase de Ejecución		
Impresiones de material		100
viáticos: aplicación de instrumentos Hospital	2000	3100
Viáticos: aplicación de instrumentos provincias	1000	4100
Material educativo a familias y pacientes	100	4200
pasantía relacionada al cáncer de mama	2000	6, 200
Sub Total		6200
Fase de Evaluación		
Asesoría estadística de análisis de datos	2000	2000
electricidad empleada durante el análisis de la información	200	2200
Apoyo de asesores e investigadores	2000	4200
Viáticos para asistir - asesorías		
Informe Final	500	4700
Sub total		
Costo del Proyecto		B/ 23, 200

Anexo 3

Tumor maligno de mama en la República de Panamá, según años 2000-2010

Años de ocurrencia	N0	Tasa	Masculino		Femenino	
			N0192	Tasa	N0	Tasa
2000	349	34, 9			347	34, 9
2001	372	36, 3			372	36, 4
2002	412	39, 4			412	39, 4
2003	394	18, 3	1	0, 1	393	36, 7
2004	412	18, 7	3	0, 3	409	37, 3
2005	444	19, 7	4	0, 4	440	39, 3
2006	503	21, 9	4	0, 3	499	43, 7
2007	480	20, 5	9	0, 8	471	40, 4
2008	532	22, 3	6	0, 5	526	44, 2
2009	535	22	4	0, 3	531	43, 7
2010	675	27	11	0, 9	664	56, 3

Fuente. Contraloría Nacional de la República, 2010.

Anexo 4

Mortalidad del Cáncer

Registro Ministerio de Salud. (MINSA), 2011.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
109	123	132	135	154	171	169	171	178	193

Anexo 5
Tasa de incidencia y mortalidad por tumor maligno de mama
femenina en la República de Panamá, 2010.

	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad
2000	34.9	8.9
2001	36.4	8
2002	39.4	7.2
2003	36.7	7.9
2004	37.3	8.4
2005	39.3	8.3
2006	43.7	8.3
2007	40.4	9.1
2008	44.2	10.5
2009	43.7	9.7
2010	56.7	9.9

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá (2010)

Anexo 6

Tasa de Incidencia y Mortalidad por cáncer de mama por provincia y comarca. República de Panamá, 2010.

Provincia	Incidencia	Mortalidad
Bocas del Toro	20, 8	5, 2
Coclé	34, 8	13, 2
Colón	34, 2	14, 2
Chiriquí	51,2	16, 4
Darién	11,8	11,8
Herrera	36, .9	18, 4
Los Santos	60, .3	19, 2
Panamá	65, 1	14, 4
Veraguas	31,7	5, 1
Comarca GunaYala		8, 2

Fuente. Ministerio de Salud. (MINSA) Rep. De Panamá.2010.

Anexo 7A

Certificación de aprobación de anteproyecto



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



A QUIEN CONCIERNE:

La Comisión Académica del
Doctorado en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional,
de la Facultad de Enfermería

CERTIFICA QUE A:

La Mgtra. **Silvia Cortés A.**, con cédula número **9-106-1170**, le fue aprobado su anteproyecto de tesis Doctoral titulado: "Relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Calista Roy. Panamá, 2014."

Dra. Yvonne S. González
Miembro de la Comisión Académica

Dra. Lydia Jordón de Juarez
Coordinadora del Doctorado en Enfermería
Directora de Tesis

Dra. Diamantina Cleghorn
Miembro de la Comisión Académica

Dra. Norma Díaz de Andrade
Dir. de la División de Investigación y Post
grado

CERT-DOC-009-2014

Dado en la Ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira" a los veintiocho días del mes de marzo de dos mil catorce.

/asm

2013: "AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO"
CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, Rep. de Panamá
Teléfonos: 523-6407/523-6419/ 523-6440

Anexo 7B

Certificación de aprobación de anteproyecto



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

VIP-DP-791-2014
16 de junio de 2014

Magistra
Cristina B. de García
Directora de Investigación y Postgrado
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá
E. S. D.

Estimada Señora Directora:

Atendiendo su solicitud de inscripción de tesis de las estudiantes del Doctorado en Enfermería con énfasis en Salud Internacional, adjunto remito copia de la misma con su respectivo código para los trámites pertinentes:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	TÍTULO DE LA TESIS	CÓDIGO
Silvia R. Cortés	Relación entre el modo de Independencia y la calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de mama desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, Panamá 2014-2015.	CE-PT-327-12-06-14-04

Atentamente,

F. Morales
Dr. Filiberto Morales
Director de Postgrado



c.c. Dr. Tomás Díez, Director de Investigación, VIP

/bed

2014: "Año del Centenario del Canal y la Reafirmación de la Soberanía"
CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, República de Panamá
Tels.: (507) 523-5320/ 523-5319 Fax: (507) 523-5310
Correo electrónico: uvipdp@up.ac.pa



SGC-F-024

Rev 2

Anexo 8

Autorización de utilización del LTQL por autor

LTQL

Anexo 1

Para: Miller

Para: Yo Gwen Wyatt

25 nov.2013

De: Silvia Rosa Cortes Atencio

Thank you very much for your message. I am contacting you on behalf of Dr. Gwen Wyatt. She grants you permission to utilize the LTQL instrument for use in your doctoral studies. Please find the files attached, and note that there are two different versions; one for scoring, and the other for patient administration. I've also included the literature regarding the preliminary testing of the instrument, as well as another helpful LTQL article.

Please let me know if you have any questions for Dr. Wyatt regarding the instrument and I am happy to facilitate.

Many thanks,
Tara

Muchas gracias por tu mensaje. Te pongo en contacto en nombre del Dr. Wen Wyatt. El le concede permiso para utilizar el instrumento LTQL para su uso en sus estudios de doctorado. Por favor, encontrar los archivos unidos, y tenga en cuenta que hay dos versiones diferentes; una para anotar, y el otro para la administración al paciente. También he incluido la literatura en relación con la prueba preliminar del instrumento, así como otro artículo LTQL útil.

Por favor, hágamelo saber si usted tiene alguna pregunta para el Dr. Wyatt relacionadas con el instrumento, ya que estoy encantado de facilitar.

Muchas gracias,
Tara

Anexo 9

Instrumentos originales

Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer de mama (LTQL)

Social Support and Quality of Life

TABLE 17.1. Long-Term Quality of Life (LTQL) Items and Reverse Scoring

Item number	Reverse-scored	Long-Term Quality of Life items
1	*	I think I could be helpful to others who have recently been diagnosed with cancer.
2	*	I have a better idea about what serious illness is since having had cancer.
3	*	I feel a guiding energy in my life which has my best interest in mind.
4	*	Exercise helps me feel healthy.
5	*	I am satisfied with my body as it is now.
6	*	I would like to be a resource person to others who have recently been diagnosed with cancer.
7	*	I feel more susceptible to other illnesses since having had cancer.
8	*	I am self-conscious about my body since my cancer.
9	*	Since having had cancer, I have a greater appreciation for the time I spend with my friends and family.
10	*	I follow my inner voice when making health decisions.
11	*	I have to raise my arm or foot on a pillow so my rings or shoes fit all day since my cancer treatment.
12	*	I have difficulty finding suitable clothing since my cancer.
13	*	I have intuitive experiences that reassure me about my health care choices.
14	*	I continue to have pain since my cancer treatment.
15	*	I exercise more frequently.
16	*	I receive subtle cues that give me confidence in my health decisions.
17	*	Regular exercise keeps me healthy, so I am less likely to get cancer again.
18	*	I am sympathetic with family/friends who have major illnesses, such as heart or kidney disease since my cancer.
19	*	I feel dissatisfied with the way I look since my cancer.
20	*	Since having had cancer, I tend to notice things in nature more, such as sunsets, raindrops, and spring flowers.

LTQL Instrument for Female Cancer Survivors

221

TABLE 17.1 (continued)

Item number	Reverse-scored	Long-Term Quality of Life items
21	*	Exercise helps decrease my fatigue.
22	*	My eyesight has gotten worse since my cancer treatment.
23	*	I have difficulty finding suitable clothing since my cancer.
24	*	My social life is less satisfying since having cancer.
25	*	In the past week, I have experienced pain related to having had cancer.
26	*	I feel an inner direction that helps me make wise decisions.
27	*	I have become closer with some family members/friends since having had cancer.
28	*	I have had numbness and/or tingling since my cancer treatment.
29	*	Exercise helps me feel energetic.
30	*	Since having had cancer, I don't take life's little things for granted.
31	*	I would find it beneficial to speak with other long-term cancer survivors.
32	*	I frequently feel distressed with pain/discomfort because it reminds me of my cancer.
33	*	I think that I have support and understanding to offer other long-term survivors.
34	*	I have had to adjust the way I exercise since my cancer.

four subscales using Cronbach's alpha. Subscale composite scores were computed as the average of individual item scores on that subscale. Reliabilities of the four subscales ranged from .87 to .92. To correct for multiple correlations, a minimum *p*-value of .008 was used to determine significance (.05 ÷ 6 = .008). The significant interscale correlations suggest that the subscales all measure components of an underlying quality of life construct. Test-retest reliability was not assessed because of the lack of repeated questionnaire administration.

Content Validity

Content validity of the LTQL items was initially assessed by interrater agreement on subscale items obtained from a review of the literature.

Anexo 10

Traducción del Instrumento: The Long-Term Quality of LIFE Instrument for Female
cáncer Survivors. **Instrumento de Calidad de vida para las sobrevivientes de
cáncer a largo plazo**

Autora: Gwen Wyatt and Laurie Friedman Danze.

Traductora Profesora de Inglés. Edith Quijano

1. Creo que puedo ser útil a aquellos que han sido diagnosticados con cáncer recientemente.
2. Tengo una mejor idea sobre la gravedad de una enfermedad desde que he tenido cáncer.
3. Siento una energía de dirección en mi vida, el cual tiene en mi mente un mejor interés.
4. El ejercicio físico me ayuda a sentirme saludable.
5. Estoy satisfecha con mi cuerpo hasta ahora.
6. Me gustaría ser un especialista para aquellos que recientemente han sido diagnosticados con cáncer.
7. Me siento más susceptible con otras enfermedades desde que he tenido cáncer.
8. Me siento inseguro sobre mi cuerpo desde que he tenido cáncer.
9. Desde que he tenido cáncer valoro mas el tiempo que paso con mi familia y amigos.
10. Sigo mi voz interior al tomar decisiones de salud.
11. Desde el tratamiento contra el cáncer tengo que levantar mis manos, pies sobre una almohada para que encajen mis anillos o zapatos.
12. Tengo dificultad para encontrar ropa apropiada desde el cáncer.
13. Tengo experiencias intuitivas que me tranquilizan acerca de las opciones de los cuidados de mi salud.
14. Continúo sintiendo dolor desde el tratamiento.
15. Me ejercito frecuentemente.
16. Recibo señales sutiles que dan confianza en mis decisiones de salud.
17. Los ejercicios regulares me mantienen saludable, así que tengo menos posibilidades de contraer cáncer.
18. Simpatizo con familiares o amigos que tienen enfermedades graves, como del corazón, riñón, desde mi cáncer.
19. Siento insatisfacción con la forma en que luzco desde mi cáncer.

20. Desde que he tenido cáncer tiendo a percibir más la naturaleza, el atardecer, las gotas de lluvia o las flores de primavera.
21. Ejercitarme me ayuda a disminuir la fatiga.
22. Mi vida ha empeorado desde el tratamiento.
23. He tenido dificultad para encontrar ropa adecuada.
24. Mi vida social es menos satisfactoria desde el cáncer.
25. A semana pasada experimenté dolor relacionado con el cáncer.
26. Siento una guía interior que me ayuda a tomar decisiones sabias.
27. He tenido una relación más estrecha con algunos miembros de la familia, o amigos desde que padezco cáncer.
28. He tenido entumecimiento y hormigueo desde el tratamiento.
29. Ejercitarme me ayuda a sentirme con energía.
30. Desde que he tenido cáncer no tomo por sentado las pequeñas cosas de la vida
31. Encontraría beneficioso hablar con otros sobrevivientes de cáncer a largo plazo.
32. Frecuentemente me encuentro estresada, con dolor o molestias porque me recuerda el cáncer
33. Pienso que puedo ofrecer apoyo y comprensión a otros sobrevivientes de cáncer a largo plazo.
34. He tenido que ajustar la forma de ejercitarme desde que padezco cáncer.

Anexo 11

Instrumento original del Cuestionario MOS-SSS de apoyo social en Cáncer

1. Número de amigos íntimos y familiares cercanos _____
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite
6. Alguien que le muestre amor y afecto
7. Alguien con quien pasar un buen rato
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.
10. Alguien que le abrace
11. Alguien con quien pueda relajarse.
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar. Sus problemas.
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas, más íntimos.
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.
18. Alguien con quien divertirse.
19. Alguien que comprenda sus problemas.
20. Alguien a quien amar.

Anexo 12

Cuestionario MOS-SSS de apoyo Social en cáncer (Modo de interdependencia)

1. Número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene usted? _____

ÍTEMS Cuenta con:	Pertinente / no pertinente		Observaciones	Sugerencia de la redacción del ítems
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama				
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar				
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas				
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite				
6. Alguien que le muestre amor y afecto				
7. Alguien con quien pasar un buen rato 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación				
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones				
10. Alguien que le abrace				
11. Alguien con quien pueda relajarse				
13. Alguien cuyo consejo realmente desee				
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas				
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo				
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos				
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales				
18. Alguien con quien divertirse				
19. Alguien que comprenda sus problemas				
20. Alguien a quien amar				

Anexo 13

Formato de validación del instrumento de calidad de vida en sobrevivientes al cáncer de mama

Instrumento adaptado de calidad de vida en mujeres con sobrevida al cáncer LTQL de Dres. Gween Wyatt y Laurie Friedman.

Instructivo:

Estimados profesores de enfermería le presentamos el cuestionario LTQL adaptado Dres. Wyatt y Friedman que aplicaremos a mujeres con cáncer de mama, para su validez de contenido favor colocar un gancho en las alternativas que miden la pertinencia o no...

Calidad de Vida en mujeres con sobrevida prolongada al cáncer LTQL. Instrumento adaptado de la Versión 1996, Dr. Wyatt.			
ITEMS	Pertinente // No Pertinente	Observaciones	Sugerencia de la redacción del ítem
1. Creo que sería de ayuda a otros quienes han sido diagnosticados recientemente con cáncer.			
2. Tengo una mejor idea acerca de lo serio que es enfermarse, desde que tengo cáncer.			
3. Siento que una energía guía mi vida teniendo mi mejor interés en mente.			
4. El ejercicio me hace sentir saludable.			
5. Estoy satisfecha con mi cuerpo de la manera como está ahora.			
6. Me gustaría ser un recurso para aquellos recientemente diagnosticados con cáncer.			
7. Me siento más susceptible a padecer otras enfermedades desde que tuve cáncer.			
8. Estoy consciente de mi cuerpo desde que tuve cáncer.			
9 Desde que he tenido cáncer valoro mas el tiempo que paso con mi familia y amigos.			
10 Sigo mi voz interna cuando tomo decisiones acerca de mi salud.			
11 . Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada (pantalones, camisas ya que el cáncer me limita Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada (pantalones, camisas ya que el cáncer me limita			
12 Tengo experiencias intuitivas que reafirman mis cuidados para la Realizo ejercicios con mayor frecuencia.			
13 Recibo señales sutiles que me dan confianza en mis decisiones de salud.			
14 El ejercicio regular me mantiene saludable para que sea menos propensa a tener cáncer de nuevo.			
15 Desde que tuve cáncer tengo empatía con los familiares que sufren de enfermedades graves como padecimientos cardiacos y renales.			
16 Me siento insatisfecha con mi apariencia desde que tengo cáncer.			
17 Desde que tuve cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza, como el atardecer la lluvia			
18 El ejercicio me ayuda a minimizar la fatiga.			
19 Desde que tuve cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza, como el atardecer la lluvia			
20 Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo físico, ya que el diagnóstico de cáncer me limita ropa adecuada			
21 Mi vida ha empeorado desde el tratamiento			

22 . Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo físico, ya que el diagnóstico de cáncer me limita ropa adecuada			
23 . Mi vida social es menos satisfactoria desde que tengo cáncer.			
24 La semana pasada experimenté dolor			
25 Siento una dirección interior que me ayuda a tomar decisiones sabias			
26 He tenido una relación más estrecha con algunos miembros de la familia, o amigos desde que padezco cáncer.			
27 He tenido entumecimiento y hormigueo			
28 El ejercicio me ayuda a sentirme con energía			
30 Desde que he tenido cáncer no tomo por sentado las pequeñas cosas de la vida.			
31 Encontraría beneficioso al hablar o poder conversar con otros sobrevivientes al cáncer.			
32 Frecuentemente siento angustia por el dolor / discomfort ya que me recuerda mi cáncer.			
33 Creo que tengo entendimiento y apoyo para ofrecerle a otros sobrevivientes.			
34 Tuve que ajustar la forma en la cual me ejercito desde que tuve cáncer.			

Anexo 14

Consentimiento Informado

Tema de la Investigación: _Relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy, Panamá 2014. a mejor estructura.

Objetivo: Determinar la relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy.

Esta investigación se propone probar como se relacionan el modo de interdependencia de la Doctora Callista Roy y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Para la realización de esta investigación los participantes serán mujeres que han presentado cáncer de mama con una evolución de tres a cinco años; caracterizadas por una salud estable, que asistan a evaluaciones al oncológico.

Las mujeres con cáncer de mama que cumplen con las especificaciones descritas serán seleccionadas al azar una vez asistan a las evaluaciones en el hospital oncológico, siempre y cuando manifiesten libremente su deseo de participar como parte de la muestra de estudio.

La cantidad la constituirán mujeres escogidas al azar que asistan al ION de junio a agosto 2014, en edades comprendidas serán de 25 años a 75 años que hayan desarrollado cáncer de mama.

El tiempo para responder a las preguntas de los dos instrumentos será de 30 min, 15 minutos para cada uno.

Riesgos y beneficios: El estudio no tiene riesgo alguno para las participantes

El estudio no conlleva ningún riesgo y la participante tendrá la gratificación de contribuir en el campo investigativo.

Los procesos que arroje la información serán estrictamente de absoluta confidencialidad

Su nombre no será empleado en ningún informe cuando se realicen las publicaciones

La participación es estrictamente voluntaria.

La participante tiene el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.

No habrá ningún tipo de sanción o represalia.

Tendrá derecho a esclarecer dudas ante las interrogantes que se le practiquen.

Una vez analizada la información recolectada, el cuestionario será destruido

Una vez esclarecida la importancia de su participación favor llenar su autorización y

Devolver a la investigadora.

Nombre de la participante_____

Nombre de la investigadora _____

Anexo 15

Encuesta Variables Sociodemográficas

Universidad de Panamá Código de registro _____

Facultad de Enfermería

Doctorado en Enfermería en Salud Internacional

Instrumento de Recolección de a información

Tema: Cáncer de Mama

Propósito: Determinar la relación entre e modo de interdependencia y la Calidad de vida en cáncer de mama

Variables socio demográficas

Edad _____

Procedencia _____

Estadio de la Enfermedad de cáncer de mama _____

Tiempo de haber sido diagnosticada _____

Nivel educativo

Estudios primarios ____ Educación secundaria

Formación especializada _____ Estudios universitarios _____

Estado civil: Casado ____ con pareja _____ Soltero ____ Viudo
____ Separado/divorciado

Religión que practica _____

Ingreso mensual _____

Parentesco del familiar cuidador _____

Red de apoyo _____

Anexo 16

Instrumento cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer versión adaptada en el contexto panameño (modo de interdependencia)

1. Número de amigos íntimos o familiares cercanos que tiene usted cuenta con: _____
- 2 Alguien que le prepare la comida cuando no pueda hacerlo
- 3Alguien en quien confiar,
- 4 hablar de sí mismo y de sus preocupaciones
- 5 alguien que le aconseja cuando tenga problemas
- 6 alguien que le lleve al médico cuando lo necesita
7. alguien que le muestre amor y afecto
- 8 alguien para pasar un buen rato
- 9 alguien que le informe y ayude a entender una situación
- 10 Alguien en quien confiar, hablar de sí mismo y de sus preocupaciones
- 11 alguien que le abrace
- 12 alguien con quien pueda relajarse
- 13Alguien cuyo consejo le de ánimo y aliento
- 14 Alguien con quien distraerse de sus problemas
- 15 alguien que ayude en tarea doméstica
- 16 Alguien con quien compartir sus temores y problemas
Más íntimos
- 17 Alguien que le ayude afrontar sus problemas personales
- 18 alguien con quien divertirse
- 19 Alguien que comprenda sus problemas
- 20 Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido

Anexo 17

Instrumento cuestionario MOS-SSS de apoyo social en cáncer versión adaptada en el contexto panameño (modo de interdependencia).

Autor original Sherbourne y Steward, 1996. Autores versión adaptada Gil, Requena, Y Salamero, 2007.

1. Número de amigos íntimos o familiares cercanos que tiene usted cuenta con: _____
- 2 Alguien que le prepare la comida cuando no pueda hacerlo
- 3 Alguien en quien confiar, hablar de sí mismo y de sus preocupaciones
- 4 alguien que le aconseja cuando tenga problemas
- 5 alguien que le lleve al médico cuando lo necesita
6. alguien que le muestre amor y afecto
- 7 alguien para pasar un buen rato
- 8 alguien que le informe y ayude a entender una situación
- 9Alguien en quien confiar, hablar de si mismo y de sus preocupaciones
- 10 alguien que le abrace
- 11alguien con quien pueda relajarse
- 12 alguien le ayude cuando tenga que estar en la cama
- 13 Alguien cuyo consejo le de ánimo y aliento
- 14 Alguien con quien distraerse de sus problemas
- 15 alguien que ayude en tarea doméstica
- 16Alguien con quien compartir los problemas más íntimos
- 17 alguien que le ayude afrontar sus problemas personales
- 18 alguien con quien divertirse
- 19 Alguien que comprenda sus problemas
20. Alguien a quien amar

Anexo 18

Instrumento de Calidad de Vida en Pacientes sobrevivientes al cáncer (LTQL) versión adaptada en el contexto panameño. Versión original Doctores Went Wyatt y Lawrince Freedman 1996.

- 1Creo que sería de ayuda a otros quienes han sido diagnosticados recientemente con cáncer
2. Tengo una mejor idea acerca de lo serio que es enfermarse, desde que tengo cáncer
- 3Siento que una energía guía mi vida teniendo mi mejor interés en mente
- 4 El ejercicio me ayuda a sentirme saludable
- 5 Me gustaría ser un recurso para aquellos recientemente diagnosticados de cáncer
- 6 Estoy consciente de mi cuerpo desde que tuve cáncer
- 7 Desde que tuve cáncer aprecio mucho más el tiempo que comparto con mis amigos y familiares
- 8 Sigo mi voz interna cuando tomo decisiones acerca de mi salud
- 9Tengo dificultad para encontrar ropa adecuada (pantalones, camisas etc. Ya que el cáncer me limita
- 10 Tengo experiencias intuitivas que reafirman mis cuidados para la salud
- 11 Continuo sufriendo dolores desde mi tratamiento para el cáncer
- 12 Realizo ejercicios con mayor frecuencia
- 13 Recibo señales sutiles que me dan confianza en mis decisiones de
- 14 El ejercicio regular me mantiene saludable para que sea menos propensa a tener cáncer de nuevo
- 15 Desde que tuve cáncer tengo empatía con los familiares que sufren enfermedades graves como padecimientos cardiacos y renales
- 16 Me siento insatisfecha con mi apariencia desde que tengo cáncer
- 17 Desde que tuve cáncer tiendo a observar más las cosas de la naturaleza como el Atardecer, la lluvia
- 18 El ejercicio me ayuda a minimizar la fatiga
- 19 Mi visión se ha empeorado desde que inicie el tratamiento por cáncer
- 20Tengo dificultad para aceptar mi cuerpo físico, ya que el diagnóstico de cáncer me limita encontrar ropa adecuada
- 21 Mi vida social es menos satisfactoria desde que tengo cáncer
- 22 Siento una dirección interior que me ayuda a tomar decisiones sabias
- 23 siento adormecimiento y hormigueo desde mi tratamiento con cáncer
- 24 tengo acercamiento con algunos miembros de la familia y amigos desde que tengo cáncer
- 25 El ejercicio me ayuda a sentirme con energía
- 26 Desde que tengo cáncer no tomo por sentado pequeñas cosas de la vida
- 27 Encontraría beneficioso el hablar o poder conversar con otros sobrevivientes al cáncer
- 28 Frecuentemente siento angustia por el dolor/ di confort ya que me recuerda mi cáncer
- 29Creo que tengo entendimiento y apoyo para ofrecerle a otros sobrevivientes
- 30 Tuve que ajustar la forma en la cual me ejercito desde que tuve cáncer

Anexo 19

Permiso de autorización del instituto Oncológico Nacional

Panamá, 25 de septiembre de 2015.

Doctor
JORGE LASSO DE LA VEGA
Director de Docencia
Instituto Oncológico Nacional
E. S. M.

Doctor Lasso de la Vega:

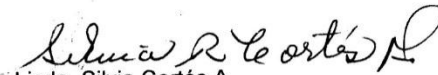
Reciba un atento saludo.

La presente es para solicitar su V° B°, a fin de que pueda aplicar una encuesta a pacientes o familiares de pacientes que lo permitan en el área de la Consulta Externa de dicha Institución.

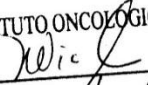
Esta petición es con el objetivo de presentar mi trabajo final de tesis doctoral titulada: "Relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Calista Roy".

Adjunto copia de la encuesta a aplicar.

Atentamente,


Licda. Silvia Cortés A.
C.I.P. 9-106-1170
Reg.: 2593



INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL
Recibido: 
Fecha: 25/09/15
Hora: 12:30 pm
Dirección de Docencia Médica

Anexo 20

Permiso Institucional I. O. N Panamá



Instituto Oncológico Nacional

Juan Demóstenes Arosemena

Nota N° 1108- DENE – 16/11/15
Lunes, 16 de noviembre de 2015

Doctor
JORGE LASSO DE LA VEGA
Jefe de Docencia Médica
Instituto Oncológico Nacional
E. S. D.

Dr. Lasso De La Vega:

Con respecto a la encuesta que realizará la Enfermera Silvia Cortés (aspirante a tesis doctoral de la Facultad de Enfermería, Universidad de Panamá), titulada *"Relación entre el modo de interdependencia y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama desde la perspectiva del modelo de adaptación de Calista Roy"*, A; emitimos el visto bueno para la aplicación de la misma y a la vez consideramos que se le debe solicitar a la licenciada la entrega de un (1) ejemplar de esta tesis a nuestra Institución, ya que al permitirnos conocer los resultados de esta encuesta aplicada a pacientes ó familiares en el área de la Consulta Externa podríamos mejorar el futuro de nuestra atención hacia nuestros usuarios. Adjunto.

Atentamente,


MGTER. AURISTELA LÓPEZ
Jefe del Departamento de Enfermería
Instituto Oncológico Nacional
Registro 2174
MGTER. A. de Panamá, R. de P.

¡Por un servicio más humano..!



Calle Gorgas y Juan de Arco Galindo, Ancón
Teléfono (507) 512-7000 / 7100 Fax 512-7060, Apdo.0816-04433, Panamá / Email ion@ion.gob.pa

Notificada

Anexo 21

Solicitud de pasantía



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Panamá, 6th of September, 2016
FE-DOC-015-2016

Dr. Constance Vicovsky
Associate Dean for faculty
And Global Affairs
College of Nursing
University of South Florida
Tampa, USA

Dear Dr. Vicovsky:

The Doctor of Nursing Program of the School of Nursing, of the University of Panamá, require that each of our participants, spend one month at and academic or research institution out of the country with an expert in the area of their Doctoral dissertation.

Our participant Silvia Cortes, ID 9-106-1170, requested to carry out her internship at the University of South Florida, under your guidance.

Since we are aware of your expertise, and also because of our previous academic relationship with the University of South Florida, we fully support this initiative.

We will also need you to express your concerns, acceptance and conditions for Mrs. Silvia Cortes be able to fulfill this internship.

Sincerely,


Dr. Lydia Gordón de Isaacs
Coordinator
Doctor of Nursing Program
University of Panamá


MScN. Alcira Tejada H.
Dean
School of Nursing
University of Panamá

Asm

2015: "AÑO DE LA REAFIRMACIÓN DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA"
CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA
Estafeta Universitaria, Panamá, Rep. de Panamá
Teléfonos: Decanato 523-6440/ 523-6407/523-6419
Email facenf.decanato@up.ac.pa

Anexo 22
Evidencia de Pasantía para análisis estadístico, investigación oncológica



To Whom It May Concern,

September 7, 2016

I am writing in support of Ms. Sylvia Cortes, doctoral student, as desires to come to Tampa, Florida, USA for an independent study experience at the University of South Florida, College of Nursing. I have known Ms. Cortes for the past year as I have worked closely with the faculty at the University of Panama, Azuero campus in Chitre, Panama in training for evidence-based practice. Ms. Cortes is a Master's-prepared registered nurse in Panama, who resides in a relatively rural area of the country. As a doctorally-prepared nurse, she will be instrumental in raising the professional profile and practice of nursing in her country through bringing oncology research in nursing to the care of patients in the country.

By completing her doctoral degree in public health, she will be well-poised to continue her work on a larger, national scale, influencing public policy and continuing to advance nursing practice, and oncology care. I find Ms. Cortes to be intelligent, articulate and motivated and feel confident she will benefit from a research immersion experience with the many oncology nurse researchers at the University of South Florida. I fully support her objectives for this independent study as most suitable for meeting both her professional development, and the needs of Panama.

Please feel free to contact me if additional information is needed.

Sincerely,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Constance Visovsky".

Constance Visovsky PhD, RN, ACNP
Associate Dean
University of South Florida, College of Nursing

COLLEGE OF NURSING • USF HEALTH
University of South Florida • 12901 Bruce B. Downs Blvd. MDC22 • Tampa, FL 33612-4766
813-974-2191 • 813-974-5418 • health.usf.edu/nursing

Anexo 23

Evidencia de buenas prácticas en investigación



AnexoN°24

Propuesta: Planeamiento de cuidados en etapa de rehabilitación para mujeres sobrevivientes al cáncer mama.

Objetivo: Desarrollar estrategias de cuidado para mujeres sobrevivientes al cáncer mama.

Lugar: Centros hospitalarios o centros de salud

Personal responsable: Enfermeras del programa de salud de adultos

Objetivo	Actividades	Recursos	Duración	Costo
Detectar oportunamente señales de alarma de recidivas de cáncer	Mantener un plan de monitoreo de evaluación de recidivas: exámenes generales, mamografías, ultrasonidos, cat.	Recurso humano especializado médicos. Enfermera del programa de salud de adultos o de atención primaria	Cada tres meses	Programa cubierto por la empresa de salud pública de responsabilidad según población sobreviviente al cáncer
Crear un sistema de orientación continua con familiares o red de apoyo a la paciente.	Educación continua presencial y radial sobre efectos tardíos o de recidiva Estilos de vida preventivos: nutrición, actividad física, Evitar alcohol, fumar	Enfermera de promoción de salud destinada a programa radial. Miembros del equipo multidisciplinario, nutricionista, fisioterapia Visitas domiciliarias por enfermeras de salud de adultos o de atención primaria, u oncólogas	Cada tres meses Cada tres meses	
Establecer controles contra depresión y ansiedad	Reunion con el familiar cercano sugiriendo apoyo espiritual, psicólogo, distracciones, apoyo a la autoestima, autoimagen conservada	Enfermera oncóloga, Programa de salud de adultos, enfermera de salud mental, familiares, representantes de la iglesia.	Cada seis meses	
Promover una cultura de detección	Realización de controles de salud en	Equipo de atención primaria en salud	Y realizar informes respectivos a las entidades de	

temprana del cancer de mama	familiares con grado de consanguinidad 1 y 2.		salud que se avoquen asumir la responsabilidad por distritos.	
Dar seguimiento y monitoreo del plan implementado	Realizar visitas a las pacientes sobrevivientes a su familia	Monitoreo por equipo de ANCEC con personal de salud capacitado en detección y rehabilitación en cáncer.		
Establecer sesiones educativas, psicológicas para la preparación continua de cuidados	Mantener un plan de acción educativo basada en Modelo de Adaptación de la Doctora Roy. Accesibilidad al plan de cuidados basados en el Modelo de Adaptación	Recurso humano capacitado en la aplicación del Modelo de Adaptación de la Doctora Roy sobre: afrontamiento, adaptación niveles y desarrollo de modos adaptativos a favor de la recuperación exitosa, y cuidados en el habitat, posibilitando la detección temprana y el control de recidivas.		

Fuente: Fundamentada en resultados de la investigación